



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio de Aprofundamento de Competências Profissionais: Intervenção em Saúde Mental

Associação e Reabilitação e Integração Ajuda

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Gina Maria Quintas Tomé

Simão Gabriel Jacinto Rodrigues

2013

RESUMO

O relatório apresentado resulta da intervenção junto de uma população portadora de doença mental e após uma breve introdução teórica do tema, apresenta os resultados de uma intervenção a nível de psicomotricidade instrumental e relacional, onde se verificam algumas melhorias a nível das componentes avaliadas (foram utilizadas as escalas Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999); World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0); Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*, 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011); Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – C); Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – M); Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005) e também, para a avaliação da adaptação ao meio aquático, uma ficha de observação informal, tendo sido a esse nível que se verificaram maiores diferenças.

ABSTRACT

The report presented the results of intervention in a population with mental illness and after a brief theoretical introduction of the topic, presents the results of an instrumental and relational psychomotor intervention, which has some improvements evaluated components (it as been the scales used Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur and Freesrton, 1996, translated and adapted by Matos Simoes, Carvalhosa and Reis, 1999), World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (World Health Organization, 2008 translated and adapted by Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0); Beck Youth Inventories - Second Edition (Beck et al, 2005, translated and adapted by Canha, 2011), Multidimensional Scale of Social Expression – Cognitive Component (Caballo, 1987, adapted by Dinis and Mateus, 2007) (EMES - C), Multidimensional Scale of Social Expression – Motor Component (Caballo, 1987, adapted by Denis and Matthew, 2007) (EMES - M); Assertiveness Test (Cadogan, 1990, translated and adapted by Antunes and Philibert, 2005) and also, for the assessment of adaptation to the aquatic environment, a form of informal observation, and was at thait level that occurred biggest changes.

Índice Geral

1. Introdução.....	9
2. Enquadramento Da Prática Profissional.....	10
2.1. Revisão Da Literatura	10
2.1.1. Prevenção.....	10
2.1.2. Diagnóstico Em Saúde Mental	10
2.1.3. Esquizofrenia	11
2.1.3.1. Conceptualização Da Esquizofrenia.....	11
2.1.3.2. Genética Da Esquizofrenia	12
2.1.3.3. Tratamento Da Esquizofrenia.....	12
2.1.4. Uma Nova Abordagem	14
2.1.5. Perturbação Obsessivo-Compulsiva.....	15
2.2. Enquadramento Institucional.....	16
2.2.1. A Aria	16
2.2.1.1. Funcionamento	16
2.2.1.2. O Fórum Sócio-Ocupacional De Lisboa (Fso – Lisboa).....	17
2.2.2. Caracterização Do Espaço De Intervenção - Ginásio	18
2.2.3. Caracterização Do Espaço De Intervenção – Meio Aquático.....	18
3. Realização Da Prática Profissional.....	19
3.1. Caracterização Do Grupo De Intervenção.....	19
3.2. Avaliação.....	21
3.2.1. Instrumentos De Avaliação	21
3.3. Metodologia	24
3.3.1. Intervenção Em Ginásio	24
3.3.2. Intervenção Em Meio Aquático	25
3.4. Avaliação Inicial – Ginásio	27
3.5. Avaliação Inicial – Meio Aquático.....	29
3.6. Objectivos Da Intervenção Em Ginásio	30
3.7. Objectivos Da Intervenção Em Meio Aquático.....	33
3.8. Sessão Tipo - Ginásio	37
3.11. Apresentação E Discussão Dos Resultados.....	39
3.12. Discussão Dos Resultados – Análise Crítica	47
3.14. Dificuldades E Limitações.....	48
4. Conclusão, Síntese E Recomendações Para O Futuro	49

5. Bibliografia	51
-----------------------	----

Índice de Figuras

Figura 1. Cronograma de intervenção em ginásio.....	24
Figura 2. Cronograma da intervenção em meio aquático - FAS.....	25
Figura 3. Cronograma da intervenção em meio aquático – FSO - Lisboa	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Quadro de Avaliação Inicial Meio Aquático – FAS	29
Tabela 2 - – Quadro de Avaliação Inicial Meio Aquático – FSO – Lisboa	30
Tabela 3 – Calendarização da Intervenção em meio aquático FAS/FSO-Lisboa	38
Tabela 4. Calendarização da intervenção em ginásio	36
Tabela 5 – Avaliação Pré-Pos Ficha de Observação Informal Meio Aquático – FAS	45

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Avaliação Pré-Pos (Inventário de Resolução de Problemas Sociais).	39
Gráfico 2 – Avaliação Pré-Pos (WHODAS 2.0)	40
Gráfico 3 – Avaliação Pré-Pos (Beck Youth Inventories – Second Edition).....	41
Gráfico 4 – Avaliação Pré-Pos (Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva)	42
Gráfico 5 – Avaliação Pré-Pos (Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora).....	43
Gráfico 7 – Avaliação Pré-Pos adaptação meio aquático FSO – Lisboa	46

Índice de Anexos

ANEXO 1 - Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999)	54
ANEXO 2 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0)	55
ANEXO 3 - Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck <i>et al</i> , 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011)	56
ANEXO 4 - Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – C)	57
ANEXO 5 - Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – M)	58
ANEXO 6 - Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005)	59
Anexo 7 – planeamentos sessões psicomotricidade ginásio	60

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do estágio profissionalizante do ramo de aprofundamento de competências profissionais (RACP) do 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.

O estágio profissionalizante tem como objetivos gerais: estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida a pessoas com Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção e; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas despectivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Este estágio teve como principal objetivo a promoção da qualidade de vida e competências sociais em indivíduos dos 16 aos 54 anos clientes de duas valências da Associação de Reabilitação e Integração Ajuda em dois contextos distintos: Intervenção em ginásio e em meio aquático. Esta associação dá apoio a indivíduos dos 16 aos 65 anos com necessidades ao nível de saúde mental, possuindo valências de residência permanente.

Este relatório divide-se assim em 4 partes, a saber: enquadramento da prática profissional, em que se aborda a temática da saúde mental e duas problemáticas específicas dentro desse tema: A perturbação obsessivo-compulsiva e a esquizofrenia, uma vez que eram as que mais afetavam a população em questão. Após isto realização da prática profissional, que passa pela caracterização da instituição e população bem como dos espaços de intervenção. De modo a aferir a efetividade da intervenção, foram aplicadas varias ferramentas de avaliação, pelo que, a terceira parte deste relatório, diz respeito às avaliações e interpretação das mesmas. Por fim, será feita uma análise reflexiva e conclusiva de todo o processo de intervenção, com algumas indicações para intervenções futuras.

2. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1. REVISÃO DA LITERATURA

A saúde mental e os problemas associados à mesma tem sido uma preocupação das diversas organizações uma vez que, atualmente A doença mental atinge um em cada quatro cidadãos e pode conduzir ao suicídio, que provoca demasiadas mortes, tem incidências significativas sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial, a estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus de igualdade e solidariedade fundamentais. (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A Comissão das Comunidades Europeias (2005) define doença mental como incluindo perturbações e desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, por exemplo, a esquizofrenia e a depressão. A mesma organização estima que mais de 27% dos europeus adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano dado. As formas mais comuns de doença mental na UE são as síndromas ansiosas e a depressão. No ano 2020, prevê-se que a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos. Hoje em dia, suicidam-se na UE cerca de 58.000 pessoas por ano, o que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou HIV/SIDA.

2.1.1. PREVENÇÃO

Segundo Paulino e Godinho (2009), o termo psicopatologia significa etimologicamente “tratado das doenças da mente” e é o ramo da medicina que estuda a natureza e as causas das doenças mentais.

Quando se fala de doença e saúde mental, é importante clarificar o que é considerado ser mentalmente saudável, segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde é definida por um estado de completo bem-estar, físico, psíquico e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade. Estes autores no entanto destacam outras visões do que é ou não é ser saudável. Por exemplo, para Scharfetter, pessoa saudável é toda aquela que vive a sua vida com sucesso, apesar de por vezes sofrer de uma doença somática e estar sujeito ao stresse da sociedade em que vive.

É portanto relativo o conceito de normalidade no que à saúde mental diz respeito uma vez que a saúde ou ausência dela neste campo se pode em muito dever a eventos de vida e/ou traumas. Paulino e Godinho (2009) realçam a importância de vários fatores como estando na origem de problemas de saúde mental. Definem então três grandes grupos de fatores: Os fatores predisponentes, sendo eles a carga genética, o ambiente in útero (como fatores predisponentes de constituição) e fatores somáticos, fatores psicológicos e fatores sociais (como fatores predisponentes de desenvolvimento de personalidade); fatores precipitantes, somáticos, psicológicos e sociais; fatores de manutenção.

2.1.2. DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL

Atualmente o diagnóstico a este nível caracteriza-se por ser essencialmente descritivo-classificativo, de forma a facilitar e comparar terapêuticas semelhantes. Com a publicação da terceira versão do Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III), a Associação Americana de Psiquiatria (do inglês – APA), tornou possível uma classificação multiaxial (por permitir a avaliação em cinco eixos) e por

critérios de diagnóstico que na 4ª versão se traduzem por: Eixo I – Perturbações clínicas, Outras situações clínicas que podem ser foco de atenção médica; Eixo II – Perturbações da personalidade, Deficiência mental; Eixo III – Estado físico geral; Eixo IV – Problemas psicossociais e ambientais; Eixo V – Avaliação global do funcionamento.

2.1.3. ESQUIZOFRENIA

2.1.3.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

Há pouco menos de três séculos atrás, os sintomas psicóticos desta problemática eram considerados como resultado de dominações por forças ocultas, no entanto, a partir do século 20, o movimento de saúde mental estabeleceu-se firmemente nas nações ocidentais, e a caracterização clínica de esquizofrenia foi finalmente definida por Emil Kraepelin e Eugen Bleuler (Walker & Tessner, 2008).

Esta é uma problemática que ocorre sobretudo a seguir à puberdade e raramente após os 50 anos de idade. É também sabido que afeta mais cedo elementos do género masculino do que o feminino (estudos realizados por Albus *et al* num hospital psiquiátrico alemão, seguindo os critérios do DSM-III-R indicam que a média da primeira admissão nos serviços hospitalares por parte de doentes do género masculino rondaria os 25 anos e no género feminino rondava os 30 anos de idade). (Mari & Leitão, 2000).

Através de uma revisão de estudos da prevalência de esquizofrenia estes autores assumem que a incidência global desta doença se situava nos 0,5%, no entanto, estudos de prevalência realizados mais recentemente indicam que esse valor tenha subido para 1%. Estas diferenças dever-se-ão aos diferentes critérios utilizados pelo que uma normalização a este nível seria extremamente importante. (Mari & Leitão, 2000)

Estes autores indicam também que o curso da doença no género feminino tende a ser mais atenuado do que no género masculino, levando a que o seu prognóstico seja também mais favorável e exista uma maior probabilidade de adaptação social.

Esta é uma problemática extramente incapacitante nos mais variados âmbitos da vida pessoal e social da vida das pessoas afetadas, sendo no entanto a componente relacional e emocional a que mais impacto tem.

A Organização Mundial de Saúde (CCE, 2005) definiu qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo a respeito da sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Estudos de Wing e Brown (1970) levam a concluir que a mudança de hábitos sociais como a redução de tempo de ócio e aumento das interações sociais levam a uma melhoria substancial do quadro nesta perturbação. (Sá Junior & Souza, 2007).

Redmond *et al* (2010) chamam a atenção para esse facto e para o impacto que esta problemática tem na vida amorosa e relacional dos casais jovens. Estes autores indicam que nestes jovens surge um conflito interno uma vez que, o facto de ter uma relação pode estar associado a uma aparente normalidade mas, ao mesmo tempo, sabem que, a presença de episódios psicóticos não é compatível com uma relação saudável. É então importante que os profissionais de saúde que lidem com estes casos tenham em atenção a esta contradição que possa estar presente nos pacientes mais jovens, sobretudo pelo carácter transitório do valor destas relações em termos de uma identidade social e pessoal.

2.1.3.2. GENÉTICA DA ESQUIZOFRENIA

Opondo-se à tendência para localizar a origem das desordens psicóticas no cérebro, alguns investigadores fixaram-se nos fatores etiológicos. Paul Meehl, um dos psicólogos pioneiros na área da esquizofrenia, publicou em 1962 *Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia*, em que propõe uma predisposição biológica para esquizofrenia à qual chamou *esquizotaxia*, que se deveria a um defeito genético na fase de neurointegração. Na altura, Meehl, conjecturou que, a *esquizotaxia* nem sempre conduziria a esquizofrenia, tratando-se apenas de uma predisposição que alguns indivíduos possuíam para tal, no entanto, segundo Meehl, alguns desses indivíduos desenvolveriam um síndrome ao qual deu o nome de *schizotypy* que se traduz em anomalias perceptuais e em défices cognitivos. Meehl foi também pioneiro na assunção de que, a etiologia da esquizofrenia se deveria a interações de fatores, tanto genéticos como ambientais e que haveria alguns indivíduos mais expostos a esta condição do que outros manifestando sinais subclínicos de psicoses. (Walker & Tessner, 2008).

O modelo de Meehl pode ser considerado como a base da maneira como é hoje em dia encarada esta problemática, uma vez que que ainda é tido em linha de conta pelos investigadores atuais, no entanto, é explicada com um grau superior de complexidade, tendo para isso, sido aplicadas ferramentas da ciência comportamental. Para tal, primeiro, foi definido que a esquizofrenia se relacionava com padrões cognitivos que sugeriam alguma anomalia a nível cerebral. Sendo que, uma das origens dessa disfunção seria a hereditariedade (demonstrado pela aplicação de testes genéticos comportamentais). Outra fonte desta disfunção seriam as influências pré-natais. Mais recentemente, novos estudos voltaram a destacar a importância das interações genético-ambientais tal como Meehl propusera. (Walker & Tessner, 2008).

Entretanto, Walker e Diforio (1997, *cit in* Walker e Tessner, 2008) propuseram um modelo que relaciona a predisposição do indivíduo com a interação com os agentes stressores englobando a genética, os fatores ambientais e os fatores psicossociais. Estes autores assumem que a vulnerabilidade para desordens psicóticas é determinada por fatores genéticos (fatores implícitos do próprio indivíduo) e parentais (eventos pré e peri natais) e que a sua manifestação na fase adulta é determinada pela exposição aos vários agentes stressores que atuam no circuito neural. (Walker & Tessner, 2008).

2.1.3.3. TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

Segundo Walker e Tessner (2008), estas descobertas levaram a que, hoje em dia o tratamento desta problemática seja encarado de uma forma diferente, tendo em conta todas as variáveis envolvidas no desenvolvimento da condição. Os tratamentos atuais englobam não só medicamentos psicotrópicos mas também técnicas psicoterapêuticas. A medicação é hoje considerada a principal “arma” no tratamento desta condição, também devido à evolução e diminuição dos efeitos secundários dos mesmos, e ao facto de muitos pacientes não terem acesso a outros tipos de tratamento. No entanto, é sabido que estes apenas controlam os sintomas não sendo uma cura efetiva, levando a que uma grande parte dos pacientes enfrente longos períodos de incapacidade.

De futuro, sabe-se que o foco da investigação estará centrado no período subclínico de disfunção comportamental que precede o despoletar da esquizofrenia, uma vez que, é sabido que a maioria dos indivíduos demonstra sintomas comportamentais no período da adolescência antes de desenvolver esta condição, levando a que, os investigadores estejam a desenvolver esforços para atuar nos fatores biológicos e psicológicos no período pós-adolescência sendo o período por excelência para impedir eventos psicóticos. (Walker & Tessner, 2008).

É então de concluir que a adolescência é considerada um período crítico para uma intervenção de prevenção no que diz respeito aos eventos psicóticos. Alguns psicólogos são da opinião que, nesta fase, o processo de amadurecimento neuronal tem um papel chave no desenvolvimento de eventos psicóticos, especialmente a nível hormonal. A intervenção deve então ser focada neste aspeto tanto a nível farmacológico, na administração de medicamentos que previnam mudanças a nível neurológico desviantes como psicoterapêuticos que providenciem um ambiente favorável na prevenção de tais eventos. (Walker & Tessner, 2008).

Por outro lado, Aghotor *et al* (2010) enfocaram a eficácia que o treino metacognitivo pode ter na melhoria dos sintomas positivos e na tendência para tirar conclusões precipitadas, características desta população.

Dado a sua presença mais óbvia, a redução dos sintomas positivos e o seu comportamento associado têm sido considerados os parâmetros a tratar com maior prioridade em pacientes com esquizofrenia. No entanto, o desenvolvimento de agentes anti psicóticos atípicos no início dos anos 90 resultou na adoção de medidas de tratamento com um maior espectro de ação. Burton(2006) pretendeu avaliar a eficácia dos agentes atípicos atualmente disponíveis no tratamento dos múltiplos domínios de sintomas na esquizofrenia com especial enfoque nos sintomas negativos, neuro cognição, funcionamento social, qualidade de vida e discernimento. Para tal reviu estudos publicados entre Janeiro de 1990 e Dezembro de 2005 que avaliam a eficácia clínica e tolerância dos anti psicóticos atípicos nos diferentes domínios de sintomas esquizofrénicos utilizando os recursos literários MEDLINE e Embase. Os resultados desses estudos revelaram que os anti psicóticos atípicos demonstram vantagens substanciais em relação aos anti psicóticos de largo espectro convencionais como ficou demonstrado pelas grandes melhorias nos sintomas negativos e de função cognitiva e pelo efeito benéfico nos sintomas afetivos e de qualidade de vida. Contudo, as vantagens clínicas foram frequentemente comprometidas pela observância parcial dos pacientes para com a terapia. Como tal, o desenvolvimento de um agente anti psicótico atípico prolongado pode providenciar um novo e valioso tratamento opcional para pacientes com esquizofrenia.

Uma vez que sintomas como a redução de expressão emocional tanto pode ser considerado apenas um sintoma, como também uma doença por si só, deverá incidir aí o maior foco das técnicas de tratamento desta problemática. (Lievre *et al*, 2011).

Estes autores, sustentados por estudos, sugerem que os episódios psicóticos têm duas fases, a fase de desligamento emocional e a fase de recuperação do desligamento emocional. Segundo eles, a transição para a fase de desligamento emocional dá-se quando o paciente sente que as suas necessidades de apoio não são reconhecidas, levando a uma confusão relacional pelas mudanças inesperadas ocorridas nos outros. No que diz respeito à fase de recuperação do desligamento emocional, acreditam que começa quando o doente sente que o seu sofrimento é reconhecido pelos outros e que tal reconhecimento permite um retorno da sua expressão emocional bem como a resolução do seu episódio de confusão relacional. Com este retorno às emoções, os pacientes ganham a empatia dos outros, permitindo-lhes adquirir um sentido de ligação com o mundo conduzido pelo sentido de direção na vida.

Aceitar a pessoa diagnosticada com esquizofrenia e assisti-la através de uma abordagem assertiva durante uma crise de confusão relacional é considerada a abordagem ideal para uma resolução do problema. Estes autores afirmam também que, parte também do próprio paciente ter uma atitude ativa, instrumental e efetiva na resolução do seu próprio problema adquirindo um sentido de eficácia própria aprendida com o tempo que lhes permita uma interação saudável e um dialogo eficaz com as

peessoas que o possam ajudar permitindo uma rápida e saudável forma de resolução do problema aquando destes episódios.

2.1.4. UMA NOVA ABORDAGEM

Estudos recentes demonstraram que as conceptualizações e nomenclaturas das doenças influenciam as expectativas quanto ao seu tratamento bem como a adesão ao mesmo. É por isso possível que, uma nova abordagem biopsicossocial para a esquizofrenia possa ter impacto na educação e atitudes do paciente face a sua condição. (Levin, 2006)

O termo esquizofrenia, amplamente divulgado atualmente representa alguns problemas tanto para pacientes como para as suas famílias e até mesmo na sua tradução.

Focando no próprio paciente e na compreensão que o mesmo irá ter da sua condição, Levin (2006) afirma ser recomendado que os manuscritos que tenham como alvo esta população sejam redigidos ao nível de um quinto ou sexto anos de ensino. Sendo então, de ter em linha de conta, que qualquer novo termo ou nova nomenclatura relacionada com esta doença tenha esse aspeto em consideração devendo ser claro e de fácil compreensão sendo que a sua aceitação deve ser testada antes da sua implementação.

Segundo o mesmo autor, o termo esquizofrenia será de difícil tradução e que um novo termo nesse âmbito deverá adquirir uma aceitação mais global e multicultural. Sugere então que seja um termo que compreenda palavras relativamente simples e que facilmente sejam convertidas para termos com significado similar pelo mundo todo.

Levin (2006) sugere então a utilização da denominação Desordem de Integração Neuro-Emocional (em inglês Neuro-Emotional Integration Disorder – NEID), este termo tem a vantagem de induzir um otimismo inerente à natureza da terapia cognitiva e ao melhoramento dos resultados dos tratamento compreensivos modernos. Segundo o mesmo autor, Integração reflecte a integração distorcida de cognições, emoções e comportamentos, Neuro dá ênfase à condição biológica da doença e racionaliza a utilização de fármaco-terapias e Emocional advém da necessidade de utilização de um termo que traduza o centro do sofrimento do doente, ou seja, as suas emoções. Este autor sugere também uma alteração na nomenclatura a nível de medicação, sugerindo a alteração do termo “anti-psicótico” para “NEI-Enhancing medication” (que em português se pode traduzir por “medicação para melhoramento da integração neuro-emocional) retirando o foco da farmacologia dos eventos psicóticos inerentes a esta condição.

Este novo termo tem o intuito de utilizar a classificação presente no DSM-IV e não propõe nenhuma alteração à classificação atual, no entanto deixa espaço para um aumento de subtipos e traços de esquizofrenia. Uma vez que de futuro se prevê uma antecipação no que ao tratamento desta problemática diz respeito baseados nas manifestações endofenotípicas e genotípicas e espera-se que, com a utilização deste termo facilite esta transição.

2.1.5. PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

O DSM-IV estabelece como critérios para diagnóstico da Perturbação Obsessivo-Compulsiva a existência de compulsões ou obsessões, definindo-as como pensamentos, impulsos ou imagens persistentes e recorrentes que são experimentados em algum momento durante o transtorno como intrusivos e impróprios e que causam acentuada ansiedade ou desconforto. Os pensamentos, impulsos ou imagens não são simplesmente preocupações excessivas sobre problemas de vida reais, a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutraliza-los com outros pensamentos ou ações. A pessoa reconhece, no entanto, que os pensamentos obsessivos, impulsos ou imagens são produtos da sua mente e não como originados de fora. Define também um tempo mínimo gasto em rituais ou obsessões de modo a ser considerado patológico (1h por dia). (APA, 2000)

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) tem uma prevalência-ponto estimada em aproximadamente 1% e de 2% a 2,5% na vida, em diferentes populações (Weissman et al., 1994; Torres e Lima, 2005 cit in Torresan *et al*, 2007). Tem geralmente um quadro de início precoce, curso crônico e flutuante, e com alta comorbilidade com outras perturbações ansiosas e depressivas (Torres e Smaira, 2001 cit in Torresan *et al*, 2007), além de uma grande diversidade fenomenológica, ou seja, diversos subtipos de apresentações clínicas. Trata-se ainda de transtorno de difícil diagnóstico e difícil tratamento, muitas vezes não assumido pelo seu portador, pois optam por ocultar ao máximo os sintomas e demoram muito tempo para procurar e obter tratamento adequado. Isto pode-se dever, em grande parte, à habitual boa crítica do portador em relação aos seus sintomas, que são acompanhados de vergonha, desmoralização e muito sofrimento, justamente pela noção preservada da irracionalidade de seus pensamentos e comportamentos e da incapacidade para mudá-los, além da consciência das próprias limitações (Torres & Smaira, 2001 cit in Torresan *et al*, 2007).

Uma revisão de estudos efetuada por Torresan *et al* (2007) revela a qualidade de vida de portadores de POC fica muito aquém, todos os domínios, quando comparada aos resultados obtidos na população geral (Bobes *et al.*, 2001; Rapaport *et al.*, 2005; Stengler-Wenzke *et al.*, 2006; Eisen *et al.*, 2006, Rodriguez-Salgado *et al.*, 2006). No entanto, os mesmos autores, citando um estudo de Koran *et al.* (1996) com 60 pacientes em ambulatório que apresentavam sintomas moderados ou graves não encontrou diferenças em relação a taxa de casamento, abuso de álcool e tentativas de suicídio, índices indiretos de qualidade de vida, mas pior desempenho de papéis sociais e funcionamento social, mais desempregados e solteiros.

Segundo estudo de Eisen *et al.* (2006) revisto por Torresan *et al* (2007), 34% dos 197 adultos com POC eram incapazes de trabalhar fora, 5% eram incapazes para qualquer atividade doméstica e 14% recebiam auxílio para a sua doença. Os resultados que mais diferenciaram os pacientes dos sujeitos de comparação da população geral foram observados nas dimensões de saúde mental, limitação de papéis por problemas emocionais e vitalidade.

2.2. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

2.2.1. A ARIA

Fundada por um grupo de técnicos de saúde mental pertencente ao Hospital São Francisco Xavier no ano de 1991, a Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) trata-se, neste momento de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que se dedica a ajuda na aquisição dos recursos necessários à reabilitação psicossocial e integração socioprofissional de pessoas com problemas de saúde mental e em desvantagem psicossocial. Levando para tal, sempre em linha de conta valores como o respeito (pelo direito à diferença e pela diversidade da pessoa valorizando a multiculturalidade e diferença de saberes), a responsabilidade (comprometendo-se a ponderar todos os benefícios e consequências da sua atuação perante clientes, familiares, sócios, equipa técnica e parceiros) e cooperação (entendendo que depende de todos os intervenientes a prossecução e sucesso dos seus objetivos).

Tendo sempre como meta o contínuo melhoramento e garantia de qualidade dos seus serviços, a ARIA possui a sua própria política de qualidade que lhe valeu, em 2010, o prémio de mérito – beneficência conferido pela fundação Calouste Gulbenkian. Essa política assenta na melhoria contínua das atividades planeadas, na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas explícitas com o intuito de melhorar os serviços prestados, baseando o trabalho numa abordagem dinâmica e fundamentada em três princípios básicos: orientação para o cliente, melhoria contínua dos processos e envolvimento dos colaboradores e parceiros.

Este processo de qualidade tem como objetivos a garantia de prestação de serviços de efetiva qualidade, procurando sempre o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos seus clientes, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, de modo a melhorar as suas competências potenciando a melhoria dos serviços prestados, a aposta no investimento em tecnologias e sistemas de informação de modo a garantir a melhoria da organização interna através de procedimentos administrativos e de gestão claros e rigorosos e a preservação do ambiente, através da utilização racional e eficiente dos recursos naturais e energéticos e de sensibilização de todos os colaboradores e clientes. (ARIA, 2012)

2.2.1.1. FUNCIONAMENTO

Esta IPSS desenvolve projetos na área da formação (caso dos cursos de jardinagem, cozinha e mesa e bar que são ministrados ao abrigo de protocolos), na área da inserção/emprego – através da empresa ARIA Jardins que se dedica a todo o tipo de trabalhos relacionados com jardinagem e manutenção de espaços verdes e que conta nos seus quadros com clientes da instituição fazendo a ponte para a sua integração no mercado de trabalho), esta empresa conta com o cofinanciamento do IEFP ao abrigo da Portaria 348-A/98 e no ano de 2007 recebeu o galardão de Melhor Pequena Empresa de Inserção da Europa, conferido pela CEFEC – Social Firms Europ. Possui também um gabinete de voluntariado que tem como objetivo recrutar e gerir uma bolsa de voluntários formando-os e capacitando-os para apoio na área da saúde mental e nas atividades da instituição e um gabinete de serviço social que é responsável por gerir o acolhimento e de candidatos a clientes da ARIA, a sua triagem e o seu encaminhamento dentro da instituição ou fora, tendo também a responsabilidade pelo acompanhamento de casos e na resolução de problemas relativos a questões com a Segurança Social, Ação Social, Habitação, Saúde, Família e outras.

Outro projeto desta instituição é o Projeto Ajuda, que engloba as Unidades Residenciais (Unidades de Vida Protegida – UPRO) e os Fóruns Sócio Ocupacionais. As UPRO

destinam-se a prestar apoio residencial comunitário com carácter temporário e/ou indefinido para 7 clientes destinando-se sobretudo ao treino de autonomia de jovens e adultos com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica, clinicamente estáveis e com potencialidades passíveis de desenvolvimento pela integração em programa de reabilitação psicossocial. A ARIA possui neste momento duas unidades deste género, situadas em Algés e no Restelo, tendo as mesmas os objetivos de fornecer à população-alvo apoio residencial em contexto protegido e reabilitador, a promoção de qualidade de vida digna e, ao mesmo tempo, estimular e ajudar a participação e responsabilização nas tarefas de vida diária e na comunidade, a promoção de reabilitação, fomentação da autonomia e reinserção social, permitir uma estreita ligação à comunidade facilitando a efetiva e progressiva integração e evitar institucionalizações de utentes.

Quanto aos Fóruns Sócio Ocupacionais, são equipamentos de reabilitação psicossocial com capacidade para 30 pessoas com desvantagem transitória ou permanente de origem psíquica, tendo como objetivo a sua inserção sociofamiliar e a sua integração em programas de formação profissional. Para tal, proporciona um alargado leque de atividades de treino de competências, ocupacionais, lúdicas, pedagógicas, culturais e sociais, de forma a promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa em desvantagem. Existem quatro valências deste tipo, os Fóruns Sócio-Ocupacionais de Lisboa, Oeiras e Cascais e ainda o Fórum de Apoio Social situado no Restelo e que se destina a clientes com menor autonomia e menor motivação para integração comunitária, sendo que os objetivos são mais sócio ocupacionais enquanto nas outras valências são mais sócio-profissionais. Como objetivos comuns, estas valências têm a promoção da adesão a um plano terapêutico, o apoio na elaboração de um projeto de vida, o reforço das capacidades de autonomia, escolha e defesa de interesses, fomentar a reaquisição de competências, facilitar o alargamento de uma rede social de suporte, apoiar, informar e assessorar as famílias, capacitando-as para lidar com a problemática do seu familiar, sensibilizar o meio envolvente para a problemática da saúde mental e a promoção da qualidade de vida e da saúde mental.

Outro dos projetos com o cunho da ARIA, é o projeto REDES (Promoção de Grupos de Ajuda Mútua para Familiares de Pessoas com Perturbações Psicóticas), que consiste num programa de formação à medida, composto por duas ações de formação com vista à formação de facilitadores de grupos de ajuda mútua, aos quais, durante um ano após a sua formação, será disponibilizada consultadoria/supervisão mensal para acompanhamento da criação e desenvolvimento desses grupos. (ARIA, 2012).

2.2.1.2. O FÓRUM SÓCIO-OCUPACIONAL DE LISBOA (FSO – LISBOA)

O atendimento nesta valência da ARIA destina-se a pessoas com doença mental de evolução crónica e clinicamente estáveis que se encontrem em desvantagem psicossocial transitória ou permanente, residentes nas freguesias de Alcântara, S. Francisco Xavier, Sta. Maria de Belém e Ajuda. O programa de reabilitação oferecido por esta valência tem como principal objetivo a promoção da reabilitação psicossocial dos utentes, englobando a promoção de qualidade de vida e autodeterminação. Sendo este um objetivo geral, comporta em si os seguintes objetivos secundários: apoio na elaboração de um projeto de vida; reforço das capacidades de autonomia e escolha; promover a adesão a um plano terapêutico; fomentar a (re)aquisição de competências sociais, promoção da integração socioprofissional; desenvolvimento de uma rede de apoio social; apoio às famílias; sensibilização da comunidade.

Esta valência fica situada na Quinta do Cabrinha (Lisboa) e está em funcionamento das 9h às 17h durante os dias úteis, tendo capacidade para o atendimento de 30 utentes

com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos de idade, sendo estes devidamente sinalizados através do processo de admissão realizado inicialmente pelo Gabinete de Serviço Social da ARIA.

A equipa Técnica é constituída pela Psicopedagoga Dr.^a Anda Catarina Malcata, pela Psicóloga Dr.^a Mónica Mateus, pela Terapeuta Ocupacional Dr.^a Helena Carlos e pela Animadora Sócio-Cultural Teresa Almeida. O trabalho desta equipa técnica é complementado com o auxílio de voluntários que prestam auxílio no apoio ao estudo de alguns utentes, na área das artes e na área da nutrição e alguns estágios curriculares no âmbito da inserção social e psicomotricidade.

O programa do fórum é desenvolvido através de diversas atividades, nomeadamente: “Oficina do Saber”; “Atelier de Arte”; “Atelier de Atividades de Vida Diária”; “Treino de Competências Sociais”; “Treino Cognitivo”; “Cidadania”; “Psicomotricidade”; “Psicomotricidade em Meio Aquático”; “Reunião de Grupo”; “Movimento Criativo”. As atividades referidas têm como objetivos comuns o aumento da auto-estima, a descoberta da identidade, a aquisição de novas competências e a promoção da qualidade de vida e de saúde mental dos utentes.

2.2.2. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO DE INTERVENÇÃO - GINÁSIO

As sessões de psicomotricidade decorreram em dois ginásios pertencentes à Academia de Fitness e Artes Marciais, ambos localizados na Av. De Ceuta (Lisboa) do lado oposto à Quinta do Cabrinha pelo que implicava uma deslocação ao exterior das instalações do FSO – Lisboa. O ginásio de Cardio é constituído por duas áreas diferenciadas, uma equipada com material de musculação e outra destinada à prática de artes marciais, com colchões a revestir o chão. O ginásio de Fitness e Artes Marciais, por sua vez é constituído por um espaço amplo, todo ele com o chão revestido por colchões, sendo que era aí que decorriam as sessões preferencialmente, sendo que em ambos, foi pedido pela administração para ter o máximo cuidado com os materiais, situação que foi transmitida aos utentes.

2.2.3. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO DE INTERVENÇÃO – MEIO AQUÁTICO

As sessões de psicomotricidade em meio aquático realizaram-se nas Piscinas Municipais do Restelo, situadas na freguesia de São Francisco Xavier, o que implicava uma deslocação de autocarro no caso dos utentes do FSO – Lisboa com a duração de cerca de 40 minutos, no caso dos utentes do FAS, a deslocação era menor e efetuada na carrinha da ARIA o que permitia uma maior celeridade neste processo.

Quanto às características da piscina, esta dispõe de um tanque de competição, com elevador hidráulico, de 25 metros, de um tanque de aprendizagem, com rampa de acesso, com 12,5 metros, bar e parque de estacionamento. Nelas poderá ser praticada a natação pura, a adaptação ao meio aquático para bebés e infantil, hidroginástica, aquafitness, hidrodeep, natação adaptada e sincronizada, polo aquático, jogos e torneios. Esta Piscina foi distinguida com galardão Green Light do Programa da União Europeia que premeia projetos com equipamentos que reduzem os custos energéticos, nomeadamente com a iluminação e o aquecimento.

3. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE INTERVENÇÃO

Com o objetivo de dar a conhecer e apresentar uma caracterização geral do grupo intervencionado que participou nas sessões de Psicomotricidade (Ginásio), de seguida, são apresentados dados gerais do grupo, nomeadamente idades, habilitações literárias, diagnóstico, estado civil, ocupação atual, diagnóstico, duração da condição de saúde, e residência no sentido de encontrar estratégias e abordagens que melhor se adequassem aos interesses e motivações dos utentes.

Assim, o grupo inicial era constituído por 26 utentes, com idades compreendidas entre os 16 e os 54 anos, sendo 8 do género feminino e 18 do género masculino, quanto ao numero de anos de educação formal encontraram-se grandes disparidades, sendo que variavam entre os 0 anos de educação formal (sendo que apenas num utente se verificava esta ocorrência e nos restantes o valor mínimo era de 6) e os 15 anos de ensino, quanto ao estado civil apenas um dos elementos estava atualmente casado e todos os outros afirmam nunca ter sido casados, quanto à ocupação atual 4 afirmam estar desempregados por motivos de saúde, 5 afirmam estar desempregados por outros motivos, 3 afirmam estar aposentados, 3 são estudantes e 5 realizam voluntariado, os restantes optaram por não responder, em termos de residência, 17 vivem em residência particular, 2 em lar residencial e 7 em residência assistida. Em termos de diagnóstico, o mais encontrado foi o de Esquizofrenia (nos seus diferentes subtipos) sendo que também foram encontradas as seguintes perturbações: Perturbação Bipolar, PHDA, Epilepsia Refretaria, Perturbação Obsessivo-compulsiva, Síndrome de Asperger e Depressão.

Como referido, o grupo de intervenção era inicialmente composto por 26 utentes (todos os que frequentavam o FSO – Lisboa nas tardes de sexta-feira, uma vez que a equipa técnica aproveitava o período em que eram ministradas as sessões de psicomotricidade para realizar a sua reunião semanal de equipa). Ao todo, foram 30 os utentes que frequentaram estas sessões devido a entradas e saídas no fórum, no entanto apenas 8 foram considerados para avaliação, sendo os critérios de exclusão a frequência inferior a 2/3 das sessões, incapacidade total para preenchimento das avaliações (quer de foram autónoma, quer com ajuda do aplicador). Posto isto, foram selecionados inicialmente 14 dos utentes que reuniam as condições necessárias para uma avaliação da intervenção (frequência de 2/3 das sessões de intervenção e preenchimento de todos os elementos de avaliação). Sendo que, como diagnóstico principal, mais uma vez a Esquizofrenia dominava (7 dos 14 elementos padecem desta problemática) dois dos utentes tinham Epilepsia como principal diagnóstico, sendo que um deles tinha associado o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, dois utentes apresentavam o diagnóstico de Síndrome de Asperger, um deles de Transtorno Bipolar, outro o de Perturbação de Hiperatividade de Défice de Atenção (PHDA) e por fim, um dos utentes apresentava um quadro de Depressão associada a uma Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

Em relação ao grupo considerado para avaliação, esse grupo era constituído por apenas 8 utentes, sendo este grupo constituído apenas por indivíduos do género masculino e com idades compreendidas entre os 16 e os 54 anos. Em termos de ocupação atual, três deles afirmaram estar a estudar, dois deles referiram estar aposentados, dois referiram estar desempregados por motivos alheios à sua condição de saúde, e um afirmou estar desempregado por motivos inerentes à sua condição de saúde, no que diz respeito ao tipo de habitação dos elementos deste grupo, 6 deles afirmaram viver em residência particular e dois deles disseram viver em lar residencial. Em termos de diagnóstico, metade do grupo (quatro utentes) padecia de Esquizofrenia,

um deles sofria de Perturbação Bipolar, um de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, um padecia de Síndrome de Asperger e o último elemento padecia de Perturbação Obsessivo Compulsiva associada a um quadro de Depressão.

3.2. AVALIAÇÃO

Como materiais de avaliação foram utilizadas as seguintes ferramentas: Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999); World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0); Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*, 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011); Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – C); Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – M); Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005); A primeira parte da WHODAS 2.0, foi aproveitada também para a caracterização do grupo de intervenção. A aplicação inicial destas ferramentas iniciou-se a 18 de Novembro de 2011, e apesar de inicialmente estar previsto a aplicação de dois/três instrumentos de avaliação, tal não foi possível, devido às dificuldades e desmotivação para as sessões que tal sobrecarga de avaliações estava a provocar nos utentes, optando o estagiário por aplicar apenas um por sessão intercalado com algumas atividades mais lúdicas, tendo sido essa aplicação dada pela ordem em que as escalas são apresentadas neste texto.

A avaliação final, que teve como objetivo uma comparação entre os resultados iniciais e a forma como estes possam ter mudado ao longo da intervenção ficou reservada para as sessões de 4, 11 e 18 de Maio, desta vez, forçosamente de forma compacta uma vez que fazê-la de novo de forma faseada implicaria uma redução ainda maior de número de sessões o que levaria a que dificilmente se verificassem resultados práticos. Desta vez, foram aplicadas duas a duas as escalas apresentadas (mais uma vez, pela ordem apresentada) exceto na última sessão teve uma duração superior, de modo a ser possível terminar todas as provas de avaliação.

3.2.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Inventário de Resolução de Problemas Sociais (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis 1999) – O objetivo deste instrumento é essencialmente a avaliação da forma como o indivíduo lida com alguns problemas com que se possa deparar no seu dia-a-dia. É constituído por catorze afirmações descritivas de formas e maneiras de pensar e agir perante diferentes situações sendo que, o avaliado deverá indicar num intervalo de um a cinco em que um corresponde à resposta “nunca” e ao cinco corresponde a resposta “sempre”, devendo a opção do avaliado recair apenas por uma resposta.

O preenchimento desta avaliação foi feito pelos próprios utentes, autonomamente com supervisão do aplicador.

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) – Este instrumento, com o cunho da Organização Mundial de Saúde, visa sobretudo avaliar questões como o bem-estar e satisfação do avaliado, para tal ela é composta por 36 itens que se dividem aleatoriamente na sua ordem de surgimento em Cognitivo, de Mobilidade, Auto-Cuidado, Relações Interpessoais, Atividades Diárias e de Participação. A aplicação deste instrumento, com este tipo de população mais independente é feito através do fornecimento de uma folha com situações em que o avaliado possa sentir dificuldades, pedindo que, de 1 a 5 avaliem o nível de dificuldade que sentem perante aquela situação específica em que 1 corresponde a “nenhuma” e 5 corresponde a “total/não consegue”

Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*,2005) – Trata-se de uma escala que avalia de 100 itens que se divide em 5 sub-escalas diferentes, nomeadamente o

Auto-Conceito, da Ira, do Comportamento Disruptivo, da Ansiedade e da Depressão, sendo que o primeiro destes é cotado como positivo e os restantes negativamente. Quanto à forma de aplicação, esta dá-se através de uma tabela preenchida pelo próprio avaliado em que são apresentadas situações para as quais são dadas 5 opções de resposta, variando entre nunca e sempre, no que diz respeito à frequência que o avaliado se revê naquele tipo de comportamento.

Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis e Mateus, 2007) - Trata-se de uma escala constituída por 44 itens que dividem de forma aleatória, na sua ordem de surgimento, por 12 áreas avaliadas relacionadas com receios que o avaliado pode sentir, sendo eles Receio Em Expressar-Se Em Público E De Enfrentar Superiores, Receio de Desaprovação Dos Demais Ao Expressar Sentimentos Negativos E Recusar Pedidos, Receio De Fazer E Receber Pedidos, Receio De Fazer E Receber Elogios, Preocupação Pela Expressão De Sentimentos Positivos E Iniciação De Interações Com O Género Oposto, Medo Da Avaliação Negativa Por Parte Dos Demais Ao Manifestar Comportamentos Negativos, Medo De Um Comportamento Negativo Por Parte Dos Demais Ao Manifestar Comportamentos Negativos, Medo De Um Comportamento Negativo Por Parte Dos Demais Na Expressão De Comportamentos Positivos, Preocupação Pela Expressão Dos Demais Na Expressão De Sentimentos, Preocupação Pela Impressão Causada Nos Demais, Medo De Expressar Sentimentos Positivos, Medo Da Defesa Dos Direitos, Assumir Possíveis Carências Próprias. A matriz de repostas possui 5 opções de resposta cotadas de 0 a 4, em que 0 corresponde a “nunca ou muito raramente” e 4 a “sempre ou muito frequentemente”, sendo que se relaciona com o número de vezes que a pessoa tem os comportamentos referidos no enunciado, lido pelo aplicador.

A aplicação desta escala foi efectuada através de uma matriz de respostas fornecida aos utentes

Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987 traduzido e adaptado por Dinis e Mateus, 2007) - Trata-se de uma escala constituída por 64 itens que dividem de forma aleatória, na sua ordem de surgimento, por 12 áreas avaliadas, sendo elas a Iniciação De Interações, Falar Em Público/Enfrentar Superiores, Defesa Dos Direitos Do Consumidor, Expressão De Incômodo, Desagrado, Aborrecimento, Expressão De Sentimentos Positivos Para Com O Sexo Oposto, Expressão De Incômodo E Aborrecimento Para Com Familiares, Recusa De Pedidos Provenientes Do Sexo Oposto, Aceitação De Elogios, Tomar A Iniciativa Nas Relações Com O Sexo Oposto, Fazer Elogios, Preocupação Com Os Sentimentos Dos Demais e Expressão De Carinho Para Com Os Pais. A matriz de repostas possui 5 opções de resposta cotadas de 0 a 4, em que 0 corresponde a “nunca ou muito raramente” e 4 a “sempre ou muito frequentemente”, sendo que se relaciona com o número de vezes que a pessoa tem os comportamentos referidos no enunciado, lido pelo aplicador.

A aplicação desta escala foi efectuada através de uma matriz de respostas fornecida aos utentes

Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005) – Trata-se de um teste que pretende avaliar a forma como os indivíduos pensam reagir habitualmente perante várias situações do dia-a-dia. É constituído por dez situações tipo, cada uma delas com três opções de resposta correspondendo cada uma delas a um tipo de resposta assertivo, passivo e agressivo. Para preencher esta avaliação foi fornecido a cada um dos utentes uma folha de respostas em que apenas tinham as opções de resposta para cada uma das situa

Ficha de Observação – Avaliação Informal – Este instrumento trata-se de uma avaliação informal sobre competências que é suposto os utentes adquirirem como

adaptação ao meio aquático e foi desenvolvida por Dinis & Mateus em 2008, posteriormente adaptada por Félix, Oliveira & Silva em 2008 e utilizada neste âmbito com uma população idêntica. A aplicação desta escala consiste na observação de um conjunto de competências base da adaptação ao meio aquático e preenchimento da respetiva grelha de observação por parte do aplicador. Relativamente à sua cotação, são contempladas as opções “sim” (realiza) e não (não realiza).

3.3. METODOLOGIA

3.3.1. INTERVENÇÃO EM GINÁSIO

Como metodologia de intervenção foram aplicadas diversas atividades estimuladoras de áreas menos fortes aferidas quer através da literatura como pela aplicação de diversos instrumentos de avaliação. A intervenção consistiu então num período inicial de adaptação mútua e de conhecimento, com atividades de quebra-gelo e outras tarefas com um maior teor de recreativo e de conhecimento mútuo. Posto isto, foi aplicada uma bateria de avaliações (especificada mais a frente) da qual se retirariam resultados para futuro tratamento e aplicação nas sessões futuras. Foram utilizadas técnicas de terapias expressivas, relaxação e de resolução de problemas ao longo das sessões.

O programa pretendeu abranger as áreas da comunicação, de melhoramento de competências sociais (de comunicação e de assertividade), de controlo da ansiedade e ira e de resolução de problemas sendo o planeamento geral e cronograma indicado mais à frente.

A estrutura das sessões tendeu sempre a ser semelhante de sessão para sessão e passava por um diálogo inicial, em que era apresentada a estrutura da sessão, depois passava pelas atividades programadas e no fim um diálogo final em que eram esclarecidas quaisquer dúvidas em relação à mesma, sendo que, após cada atividade também se realizava uma pequena conversa de grupo, no sentido de perceber se os utentes tinham percebido o que se pretendia da atividade bem como aferir se os objetivos tinham sido alcançados.

As sessões tiveram início em 28 de Outubro de 2011 e terminaram a 25 de Maio de 2012, com periodicidade semanal (sextas-feiras às 14:30) e uma duração de 50 minutos.

Mês	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	
Dias	28	4	2	6	3	2	13	4	
		11	9	13	10	9	20	11	
		18		20	17	16	27	18	
		25		27		23		25	
Número de sessões previstas	1	4	2	4	3	4	3	4	25
Número de sessões realizadas	1	4	2	4	3	3	3	3	23

Figura 1. Cronograma de intervenção em ginásio

Como abordado anteriormente, as sessões iniciais destinaram-se a atividades mais lúdicas e de quebra-gelo, permitindo uma ambientação e conhecimento mútuo entre terapeuta e utentes, sendo que, a avaliação inicial teve início a 18 de Novembro, estando previsto o seu término a 9 de Dezembro, no entanto, tal apenas foi possível a 20 de Janeiro, uma vez que, devido às suas dificuldades, alguns utentes não conseguiram terminar toda avaliação dentro do prazo estipulado, tendo o programa de intervenção apenas começado a 27 de Janeiro 2012. Como previsto (e apesar de inicialmente estarem programadas onze sessões de intervenção e apenas terem sido realizadas nove) de modo a haver tempo para uma avaliação final do programa, este, terminou dia 27 de Abril de 2012, destinando-se as três sessões seguintes à avaliação final do programa e a última foi dedicada ao Torneio de Futsal da Aria, uma prova que englobava todas as valências da instituição e em que participaram utentes e funcionários, incluído o estagiário, ficando selada, desta forma a despedida entre estagiário e utentes.

3.3.2. INTERVENÇÃO EM MEIO AQUÁTICO

Ao nível do meio aquático pretendeu-se fazer uma adaptação progressiva a este meio uma vez que os dois grupos revelaram dificuldades a este nível.

Mais uma vez, as primeiras sessões serviram de adaptação e para conhecimento mutuo, através de atividades mais lúdicas e de quebra-gelo, realizando-se bastantes jogos e atividades de grupo.

Posto isto foi aplicado a Ficha de Observação – Avaliação Informal (s.d., adaptado por Félix, Oliveira & Silva, 2008) em que vários aspetos do nível de adaptação ao meio aquático são aferidos.

As sessões que se seguiram visaram promover as áreas em que maiores dificuldades foram reveladas aquando da avaliação.

As últimas sessões foram dedicadas à avaliação dos progressos que eventualmente se fizessem sentir.

Quanto à estrutura das sessões implicavam uma atividade inicial de aquecimento, em que em círculo eram realizados vários exercícios de alongamento seguindo uma lógica próximo-distal e Céfalocaudal, posto isto eram realizadas as tarefas que cumpriam os objetivos pensados para a sessão alvo e, por fim, eram distribuídos flutuadores colocando-os por baixo do corpo dos utentes dando-lhes a oportunidade de relaxar e descomprimir dentro de água.

A este nível a intervenção deu-se com dois grupos, um do Fórum Sócio-Ocupacional de Lisboa (FSO – Lisboa) e outro do Fórum de Apoio Social (FAS) sendo que as necessidades de cada um e o nível de independência dos mesmos era distinto, sendo o grupo do FAS aquele que necessitava de maior atenção.

Uma vez que as sessões decorriam em dias diferentes e também porque não começaram ao mesmo tempo por motivos alheios à ARIA as sessões com o grupo do FAS tiveram início a 28 de Outubro de 2011 e término a 25 de Maio de 2012 enquanto que as do FSO – Lisboa iniciaram a 2 de Novembro de 2011, tendo terminado a 23 de Maio de 2012

Mês	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	
Dias	28	4	2	6	3	2	13	4	
		11	9	13	10	9*	20	11*	
		18		20	17	16	27	18	
		25		27		23		25	
Número de sessões previstas	1	4	2	4	3	4	3	4	25
Número de sessões realizadas	1	4	2	4	3	3	3	3	23

Figura 2. – Cronograma da intervenção em meio aquático - FAS

Como visto anteriormente, as sessões iniciais destinaram-se a atividades mais lúdicas e de quebra-gelo, permitindo uma ambientação e conhecimento mútuo entre terapeuta e utentes, sendo que, a avaliação inicial teve início a 25 de Novembro, tendo terminado a 13 de Janeiro (dentro do prazo previsto, uma vez que se esperou que o grupo, devido às suas dificuldades pudesse demorar mais tempo a completar toda a avaliação), tendo o programa de intervenção começado a 20 de Janeiro 2012. Como previsto de modo a haver tempo para uma avaliação final do programa, este, terminou

dia 20 de Abril de 2012, destinando-se as quatro sessões seguintes à avaliação final do programa e a última dedicada a uma sessão de despedida em que se fez um jogo de polo aquático e também serviu para algumas avaliações que não se tinham realizado por faltas dos utentes pudessem ser realizadas.

De um total de 25 sessões previstas realizaram 23 (sendo uma dessas falhas por motivos de doença do estagiário e outra por não haver utentes disponíveis para a sessão decorrer).

Mês	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	
Dias	2	7	4	1	7*	11	2	
	9	14	11	8	14	18	9	
	16		18	15	21	25	16	
	23		25*	22			23	
Número de sessões previstas	4	2	4	4	3	3	4	24
Número de sessões realizadas	4	2	3	4	2	3	3	22

Figura 3. Cronograma da intervenção em meio aquático – FSO - Lisboa

Tal como no programa destinado ao grupo do FAS, as sessões iniciais destinaram-se a atividades mais lúdicas e de quebra-gelo, permitindo uma ambientação e conhecimento mútuo entre terapeuta e utentes, sendo que, a avaliação inicial neste caso teve início a 7 de Dezembro, tendo terminado a 11 de Janeiro (dentro do prazo estipulado, uma vez que era esperada uma maior celeridade neste processo por ser um grupo mais independente, apesar de mais numeroso), tendo o programa de intervenção começado a 18 de Janeiro 2012. Como previsto de modo a haver tempo para uma avaliação final do programa, este, terminou dia 18 de Abril de 2012, destinando-se as quatro sessões seguintes à avaliação final do programa e a última dedicada a uma sessão de despedida em que se fez um jogo de polo aquático e também serviu para algumas avaliações que não se tinham realizado por faltas dos utentes pudessem ser realizadas.

De um total de 24 sessões previstas realizaram 2 (sendo ambas as falhas por motivos de doença do estagiário).

3.4. AVALIAÇÃO INICIAL – GINÁSIO

- Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999)

Através desta avaliação foram definidas as áreas fracas, intermédias e fortes do grupo, através do valor médio obtido pelos utentes em cada uma das situações avaliadas pela escala. Sendo o instrumento cotado de 1 a 5 (em que 1 corresponde à opção “nunca” e 5 corresponde à opção “sempre”) considerou-se os valores 1 a 2,5 de média como áreas fracas, 2,6 a 3,5 áreas intermédias e a partir de 3,6 até 5 como áreas fortes. Tendo como base este critério, todas as situações foram avaliadas como estando num valor intermédio (valor médio entre 2,81 e 3,43) excetuando duas situações que tiveram valores médios correspondentes a áreas fortes, sendo elas “Faço um grande esforço para lidar com os problemas” (M = 3,71) e “Quando tenho um problema penso que existe uma solução para o resolver” (M = 3,6).

- World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0)

Esta avaliação visou aferir mais quais as áreas fracas, intermédias e fortes do grupo ao nível Cognitivo, de Mobilidade, Autocuidado, Relações Interpessoais, Atividades Diárias e de Participação. Mais uma vez aqui a escala variava entre 1 (correspondente à resposta predominante “nenhuma” – sendo que estamos a falar a nível de dificuldade) e 5 (correspondente à resposta predominante “completa/não faz”). Como tal, para o intervalo considerado como áreas fracas, definiu-se entre 3,6 e 5 de média das respostas, para áreas intermédias, utilizou-se o intervalo entre 2,6 e 3,5 e para áreas fortes foi utilizado o intervalo entre 1 e 2,5. Tendo em conta este critério, foi definida como área intermédia a Participação (M = 2,67), tendo sido a Cognição (M = 2,16), a Mobilidade (M = 1,94), o Autocuidado (M = 1,67), as Relações Interpessoais (M = 2,44) e as Atividades Diárias (M = 2,19) identificadas com áreas fortes, não tendo sido identificada nenhuma área fraca.

- Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*, 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011)

A aplicação desta escala visou aferir áreas fracas, fortes e intermédias no âmbito do Auto-Conceito, da Ira, do Comportamento Disruptivo, da Ansiedade e da Depressão. Os valores variavam entre 1 (correspondente à resposta “nunca” – o que quer dizer que nunca tinham aquele comportamento) e 5 (correspondente a “sempre” – ou seja, era um comportamento que era muito frequente). Como Autoconceito é considerado um aspeto positivo a sua pontuação os seus valores foram interpretados ao contrário das outras variáveis, ou seja, ao contrário das outras variáveis o intervalo entre os valores 1 e 2,5 é considerado como sendo o valor correspondente a área fraca, 2,6 e 3,5 continuou a pertencer a área intermédia e o intervalo entre 3,6 e 5 como área forte, tendo-se enquadrado no intervalo de área forte (M = 3,39). Em relação às outras variáveis analisadas por esta escala, os intervalos assumidos foram entre 1 e 2,5 como área forte, 2,6 e 3,5 como área intermédia e 3,6 e 5 como sendo área fraca. Posto isto, chegou-se à conclusão que como área forte, este grupo tinha o Comportamento Disruptivo (M = 1,80), sendo que a Ira (M = 2,64), a Ansiedade (M = 2,85) e a Depressão (M = 2,35) se enquadravam nas áreas intermédias, não sendo detetadas áreas fracas a este nível. No entanto, é de referir que na escala de ansiedade um dos itens teve um valor considerado como estando no intervalo das áreas mais fracas, nomeadamente “preocupação com o

futuro” (M = 3,85), dentro da escala da Ira também foram encontrados dois itens com conotação com áreas fracas “dificuldades em ultrapassar a fúria” (M = 3,61) e “sinto a fúria dentro do meu corpo” (M = 3,67).

- Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007)

Esta componente da avaliação teve como objetivo aferir áreas fracas, intermédias e fortes ao nível das componentes Receio Em Expressar-Se Em Público E De Enfrentar Superiores, Receio de Desaprovação Dos Demais Ao Expressar Sentimentos Negativos E Recusar Pedidos, Receio De Fazer E Receber Pedidos, Receio De Fazer E Receber Elogios, Preocupação Pela Expressão De Sentimentos Positivos E Iniciação De Interações Com O Género Oposto, Medo Da Avaliação Negativa Por Parte Dos Demais Ao Manifestar Comportamentos Negativos, Medo De Um Comportamento Negativo Por Parte Dos Demais Ao Manifestar Comportamentos Negativos, Medo De Um Comportamento Negativo Por Parte Dos Demais Na Expressão De Comportamentos Positivos, Preocupação Pela Expressão Dos Demais Na Expressão De Sentimentos, Preocupação Pela Impressão Causada Nos Demais, Medo De Expressar Sentimentos Positivos, Medo Da Defesa Dos Direitos, Assumir Possíveis Carências Próprias. Tendo em conta que os valores das respostas nesta escala variam entre o 0 (que corresponde à resposta “ Nunca ou Muito Raramente”) e 4 (correspondente à resposta “ Sempre ou Muito Frequentemente”), e atendendo ao facto das questões se encontrarem na sua forma negativa, foram definidos os intervalos entre 0 e 1,5 como sendo correspondente a uma área forte, entre 1,6 e 2,5 como sendo uma área intermédia e de 2,6 a 4 como correspondendo a uma área forte. Assim, foram consideradas áreas intermédias todos os itens avaliados por esta escala uma vez que todos se enquadravam entre os valores médios de 1,92 e 2,38.

- Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007)

Esta componente da avaliação teve como objetivo aferir áreas fracas, intermédias e fortes ao nível das componentes Iniciação De Interações, Falar Em Público/Enfrentar Superiores, Defesa Dos Direitos Do Consumidor, Expressão De Incômodo, Desagrado, Aborrecimento, Expressão De Sentimentos Positivos Para Com O Sexo Oposto, Expressão De Incômodo E Aborrecimento Para Com Familiares, Recusa De Pedidos Provenientes Do Sexo Oposto, Aceitação De Elogios, Tomar A Iniciativa Nas Relações Com O Sexo Oposto, Fazer Elogios, Preocupação Com Os Sentimentos Dos Demais e Expressão De Carinho Para Com Os Pais. Tendo em conta que os valores das respostas nesta escala variam entre o 0 (que corresponde à resposta “ Nunca ou Muito Raramente”) e 4 (correspondente à resposta “ Sempre ou Muito Frequentemente”), e atendendo ao facto das questões se encontrarem na sua forma negativa, foram definidos os intervalos entre 0 e 1,5 como sendo correspondente a uma área forte, entre 1,6 e 2,5 como sendo uma área intermédia e de 2,6 a 4 como correspondendo a uma área forte. Sendo que como áreas fortes foram contabilizadas a expressão de carinho para com os pais (M = 1,00) e expressão de incômodo e aborrecimento para com familiares (M = 1,35), de resto, todas as outras áreas foram consideradas como estando na zona intermédia, variando as suas médias entre M = 1,67 e M = 2,28, neste caso o “início das interações” era o item com pior score.

- Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005);

Neste teste pretendia-se verificar o nível de assertividade por parte do grupo intervencionado pelo que apenas se mediu a média do número de respostas passivas,

assertivas e agressivas de todo o grupo, assim, foi possível verificar que a média de respostas assertivas no total das dez questões era de $M = 5,71$ respostas, a de respostas agressiva era de $M = 1,64$ do total das respostas e quanto ao número de respostas passivas era de $M = 3,14$.

3.5. AVALIAÇÃO INICIAL – MEIO AQUÁTICO

A avaliação a este nível teve apenas como elemento a Ficha de Observação – Avaliação Informal (s.d., adaptado por Félix, Oliveira & Silva, 2008) e pretendeu avaliar individualmente aspectos como a Entrada na Água, Imersão, Respiração, Equilíbrio/Flutuação, Rotações, Deslocamentos, Saída da Água e Familiarização/Motivação. Devido ao facto da amostra inicial ser reduzida. A avaliação por esta escala permitia obter resultados em forma de fracção e pelo facto da amostra ser reduzida e com necessidades algo diferentes a este nível, optou-se por realizar uma avaliação individual. Assim, os resultados da avaliação inicial apresentam-se no quadro que se segue.

Parâmetro	C	V	AI	Ad
Entrada na Água	3/7	5/7	2/7	1/7
Imersão	7/10	9/10	7/10	8/10
Respiração	5/6	6/6	4/6	5/6
Equilíbrio/Flutuação	5/13	6/13	6/13	6/13
Rotações	1/6	1/6	1/6	1/6
Deslocamentos	12/14	12/14	11/14	12/14
Saída da Água	3/4	4/4	2/4	3/4
Familiarização/Motivação	7/7	7/7	7/7	7/7

Tabela 1 – Quadro de Avaliação Inicial Meio Aquático – FAZ

A Tabela 1 apresenta os resultados iniciais apresentados pelo grupo de utentes do Fórum de Apoio Social. O grupo avaliado resumiu-se a 4 dos utentes apesar de terem frequentado ao todo 8 utentes desta valência. Desses 8 apenas 4 reuniram os critérios de inclusão definidos: frequência de 2/3 das sessões de intervenção dada.

De seguida são apresentados os resultados iniciais do grupo intervencionado pertencente ao FSO – Lisboa.

Parâmetro	FP	AT	JG	JC	HC	AC
Entrada na Água	1/7	5/7	5/7	5/7	5/7	5/7
Imersão	6/10	9/10	9/10	8/10	10/10	10/10
Respiração	3/6	6/6	4/6	5/6	6/6	6/6
Equilibração/Flutuação	5/13	9/13	7/13	12/13	11/13	9/13
Rotações	1/6	1/6	1/6	1/6	1/6	1/6
Deslocamentos	6/14	13/14	11/14	14/14	13/14	12/14
Saída da Água	3/4	3/4	3/4	4/4	4/4	3/4
Familiarização/Motivação	7/7	7/7	7/7	5/7	7/7	7/7

Tabela 2 - – Quadro de Avaliação Inicial Meio Aquático – FSO – Lisboa

A Tabela 2 apresenta os resultados iniciais apresentados pelo grupo de utentes do Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa. O grupo avaliado resumiu-se a 8 dos utentes apesar de terem frequentado ao todo 14 utentes desta valência. Desses 14 apenas 8 reuniram os critérios de inclusão definidos: frequência de 2/3 das sessões de intervenção dada.

Em ambas as tabelas é possível comparar os resultados da avaliação inicial com o máximo que os utentes podiam obter em cada item avaliado, sendo que do lado esquerdo temos o nível em que o utente estava no início e do lado direito o valor máximo do respetivo item.

3.6. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO EM GINÁSIO

Com base na avaliação inicial efetuada e literatura consultada no que diz respeito às necessidades deste tipo de população, foram traçados alguns objetivos tendo em conta não só as áreas mais fracas como também, aproveitando a maior facilidade dentro de outras áreas consideradas fortes e visando também melhorar as áreas intermédias determinadas pelos instrumentos de avaliação aplicados ao grupo. Assim, como objetivos gerais, específicos e estratégias temos:

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Promoção da Competência Resolução de Problemas	Promoção e fornecimento de estratégias de formas alternativas de pensar e resolver situações com que se deparam no seu dia-a-dia que implicam uma correta forma de pensar e resolver.	Promoção da capacidade reflexiva e procura da melhor alternativa para a resolução de determinadas situações através de situações de <i>roleplaying</i> .
Promover a Participação	Promoção da participação dentro da comunidade e também dentro do próprio grupo de alguns elementos com mais dificuldades neste aspeto.	Estimular através de situações ficcionadas da participação nos mais variados contextos e situações
Promoção de Iniciação de Interação com o Outro	Promover o início de diálogo e incentivar a fazê-lo da melhor forma, de modo a não se sentirem constrangidos nessas situações.	Através de situações de <i>roleplaying</i> incentivar o diálogo em situações ficcionadas pelas quais os utentes possam passar no seu dia-a-dia, pedindo-lhes que sejam eles a propor situações, e propondo o próprio terapeuta algumas situações.
Promoção de Estratégias para Lidar com a Ansiedade	Tentar, através de métodos de relaxação, diminuir o estado de nervos com que por vezes esta população fica.	Aplicação de relaxação progressiva no sentido de aquisição de noção corporal e de estratégias para eliminar tensões subjacentes aos estados de ansiedade.

Promoção de Estratégias para Lidar com a Ira	Incentivar os utentes a perceber e conseguir controlar o que sentem no seu corpo quando se enervam.	Através da relaxação e consciencialização do próprio corpo, permitir que haja uma consciencialização daquilo que sentem nessas alturas de modo a ultrapassar a situação mais facilmente
	Promover estratégias para que consigam mais facilmente ultrapassar o estado de nervos e irritação que permanece após alguma situação desagradável.	Através de aplicação de estratégias de relaxação e descentração de modo a afastar os problemas do imediato
	Melhorar a capacidade de responder à provocação/gozo	O grupo deverá reconhecer quando esta de facto a ser alvo de provocações a partir da observação de quem o rodeia.
		O grupo deverá ser capaz de enfrentar uma provocação através das várias alternativas e escolher da melhor forma a melhor alternativa (ignorar, aceitar a provocação rindo-se da mesma, etc.)
Promover a Assertividade	Promover a capacidade de discernir entre comportamento agressivo, passivo e assertivo dentro das componentes paralinguísticas, verbais e não-verbais do discurso	De um lote de situações e respostas às mesmas, o grupo deverá identificar em que situações se verificam atitudes passivas, assertivas e agressivas, e nos casos em que a atitude não seja assertiva devem identificar de que forma a tornariam assertiva.

	Promover o desenvolvimento de respostas assertivas em situações específicas.	Perante situações específicas o grupo deverá escolher de um leque de respostas, a que melhor se adequa à situação aplicando-a depois de pensar um pouco sobre ela.
--	--	--

3.7. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO EM MEIO AQUÁTICO

A nível de intervenção em meio aquático a intervenção acabou por ter objetivos similares em ambos os grupos intervencionados neste meio, tendo no entanto algumas *nuances* na forma como foram trabalhados. Especificando, como é possível verificar na avaliação inicial do grupo do FSO-Lisboa (Tabela 2), as competências de cada elemento em determinados elementos avaliados era similares na grande maioria dos utentes, sendo que, se optou por realizar uma intervenção tendo em conta objetivos para o grupo tentando trabalhar individualmente (uma vez que a intervenção era efetuada na presença de 2 terapeutas – o estagiário e a técnica de psicomotricidade do FAS) algumas competências em que alguns utentes sentissem maiores dificuldades. Assim, para este grupo os objetivos foram definidos da seguinte maneira:

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Estratégias
Melhorar as competências a nível aquático do grupo	Melhorar a entrada na água	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “entrada na água” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal, uma vez que as competências neste item não eram idênticas em todos os utentes, uma a uma ia entrando na água tentando progredir de sessão para sessão na forma como o faziam.
	Melhorar as competências de imersão	Incentivar a que, progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “imersão” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal

	Melhorar a respiração em meio aquático	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “respiração” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal, incentivando a que todo o momento de expiração seja efetuado debaixo de água.
	Equilíbrio/Flutuações	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “Equilíbrio/Flutuações” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal, utilizando flutuadores e ensinando as técnicas básicas de flutuação.
	Melhorar as competências de rotações dentro de água	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “rotações” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal, incentivando a que, durante a rotação (horizontal ou vertical) os utentes realizem expiração pelo nariz.
	Melhorar a capacidade de se deslocar dentro de água	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “deslocamento” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de competências básicas de natação para a realização de deslocação dentro de água.
	Melhorar as competências de saída da água	Tentar que progressivamente os utentes atingissem todos os níveis pertencentes à subescala “saída da água” da avaliação de forma progressiva e através da motivação e da aquisição de confiança para tal, uma vez que

		as competências neste item não eram idênticas em todos os utentes, um a um ia saindo da piscina tentando progredir de sessão para sessão na forma como o faziam.
	Incentivar a uma melhor familiarização/ motivação	Este item não foi considerado um objetivo prioritário uma vez que quase todos apresentavam uma ótima familiarização com o meio aquático sendo que, à medida que todos os outros elementos eram trabalhados considerou-se que este era também trabalhado.

3.7.1. CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO EM GINÁSIO

Mês	Dias	Componente
Janeiro	27	Interações
Fevereiro	3	Interações
	10	Participação
	17	Participação
Março	2	Assertividade
	9	Assertividade
	16	Ansiedade
	23	Ansiedade
Abril	13	Ira
	20	Resolução de Problemas
	27	Resolução de Problemas

Tabela 3 - Calendarização da intervenção em ginásio

De forma a criar uma identificação do grupo com as sessões e um melhor entrosamento entre todos, optou-se por iniciar a intervenção trabalhando as questões das interações nas duas primeiras sessões através de sessões em que predominaram as situações ficcionadas e os *roleplayings* sendo que as 2 seguintes foram dedicadas às questões da participação, tentando desta forma, fornecer estratégias para que nas sessões vindouras os utentes pudessem ter uma participação mais ativa, mais uma vez, utilizando situações ficcionadas e *roleplaying* para que fosse possível para os utentes compreender mais facilmente o que se estava a trabalhar e de que forma o poderiam aplicar no seu dia-a-dia. Posto isto, pensou-se em desenvolver as capacidades de assertividade, visto que os utentes tinham revelado uma passividade excessiva na avaliação inicial, esta competência foi trabalhada essencialmente em situações de *roleplaying*, algumas delas trazidas pelos próprios utentes e outras ficcionadas pelo próprio terapeuta, tendo sempre o cuidado para que fossem situações que pudessem ocorrer no dia-a-dia do grupo. As duas sessões seguintes tiveram como objetivo principal trabalhar as dificuldades reveladas ao nível da ansiedade, para tal, foi utilizada a relaxação progressiva assim como, em grupo, foram sugeridas estratégias para lidar melhor com esta dificuldade, procurar perceber de onde viria essa ansiedade e encontrar alternativas para lidar com a mesma. A sessão seguinte visou trabalhar as questões relacionadas com a ira, no sentido de tentar encontrar estratégias alternativas à agressividade. Tentou-se também, que o grupo conseguisse distinguir o que dizia sentir no corpo quando se enervava, e, através da relaxação, aliviar essas tensões e atingir um estado de acalmia perante essas situações. Por fim, nas duas últimas sessões, foi trabalhado a resolução de problemas, através de situações hipotéticas e, mais uma vez, de *roleplayng* no sentido de chegar à melhor resolução para cada tipo de problema encontrado no seu dia-a-dia. Tentou-se também incentivar a que o grupo

parasse para pensar, e, antes de agir, ponderar em todas as alternativas que tem ao seu alcance para resolver aquele problema.

3.8. SESSÃO TIPO - GINÁSIO

Cada sessão era, preferencialmente, constituída por 3 momentos chave, o diálogo inicial, em que eram abordados temas pendentes de outras sessões e onde era dado espaço aos utentes para exprimirem o que sentiam em relação ao seu dia-a-dia que tivesse relacionado com as sessões (melhorias que sentiam que pudessem estar relacionadas com os conteúdos das sessões, situações ocorridas no seu dia-a-dia e que tivessem tido dificuldades em resolver, etc.) e em que era explicado e introduzido o conteúdo da sessão em questão para que o grupo se pudesse organizar mentalmente no aspeto da sequência das atividades. Posto isto, eram desenvolvidas as tarefas programadas para cada sessão, variando estas de acordo com os objetivos traçados para cada uma delas após cada qual era mantido um diálogo reflexivo sobre a atividade, e sobre os conteúdos da mesma, de forma a tentar perceber se os objetivos tinham sido cumpridos e se os conteúdos tinham sido apreendidos pelo grupo. Terminadas as atividades era mantido um diálogo final com o grupo, sobre os conteúdos trabalhados na sessão e também sobre alguma coisa que o grupo tivesse sentido como dificuldade durante a sessão. Era também aproveitado este período para, por se desenrolarem as sessões à sexta à tarde, e sendo a última atividade que o grupo tinha antes de ir de fim-de-semana, para inquirir e incentivar a que pudessem passar algum tempo juntos uma vez que a maior parte tendia a ser sedentária.

3.9. INTERVENÇÃO EM MEIO AQUÁTICO

A intervenção neste contexto específico teve como finalidade principal a adaptação ao meio aquático uma vez que na maioria dos casos essa era uma carência revelada pelos utentes. A promoção de todas as áreas avaliadas foi a prioridade uma vez que era esta era a única ferramenta disponível para avaliar os progressos da intervenção.

O facto deste tipo de intervenção ser num contexto muito particular e em que os utentes têm maior liberdade de movimentos e a possibilidade de proporcionar momentos de descontração também foi tida em conta durante o planeamento das atividades.

3.9.1. CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO EM MEIO AQUÁTICO

Grupo	FAS		FSO-Lisboa	
Mês	Dias	Componente	Dias	Componente
Janeiro	28	Entrada na Água/Respiração/Saída da Água	18	Entrada na Água/Respiração/Saída da Água
Fevereiro	3	Imersão/Respiração	1	Imersão/Respiração

	10	Respiração/Flutuações	8	Respiração/Flutuações
	17	Flutuações/Deslocamentos	15	Flutuações/Deslocamentos
			22	Flutuações/Deslocamentos
Março	2	Flutuações/Deslocamentos	7	Respiração/Rotações
	9	Respiração/Rotações	14	Respiração/Rotações
	16	Respiração/Rotações	21	Deslocamentos/Flutuação
	23	Deslocamentos/Flutuação		
Abril	13	Deslocamentos/Flutuação	11	Deslocamentos/Flutuação
	20	Deslocamentos	18	Deslocamentos
	27	Todas as Áreas	25	Todas as Áreas

Tabela 4 – Calendarização da Intervenção em meio aquático FAS/FSO-Lisboa

3.10. SESSÃO TIPO – PISCINA

3.11.

Cada sessão era, preferencialmente, constituída por 3 momentos chave, o aquecimento, em que eram realizados exercícios próprios de aquecimento, seguindo uma lógica céfalo-caudal e próximo-distal, e que era aproveitado para explicar também quais as temáticas/competências a abordar em cada sessão. Posto isto, eram desenvolvidas as tarefas programadas para cada sessão, variando estas de acordo com os objetivos traçados para cada uma delas sendo que algum acompanhamento mais próximo de algum utente era dado pela Técnica de Psicomotricidade do FAZ (Dr.^a Catarina Antunes) para que a atenção dispensada a todos fosse mais próximo das suas necessidades. Por fim, era dado aos utentes um momento de reflexão e descontração, onde eram fornecidos flutuadores e, durante 7 minutos era pedido que se deixassem relaxar e flutuar à deriva (sendo que os movimentos eram controlados pelo estagiário). Seguidamente, o grupo reunia no centro da piscina e era pedido que sintetizassem o que tinham feito na sessão, de forma a proporcionar organização mental e cimentação das aprendizagens.

3.12. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 8 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 8 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

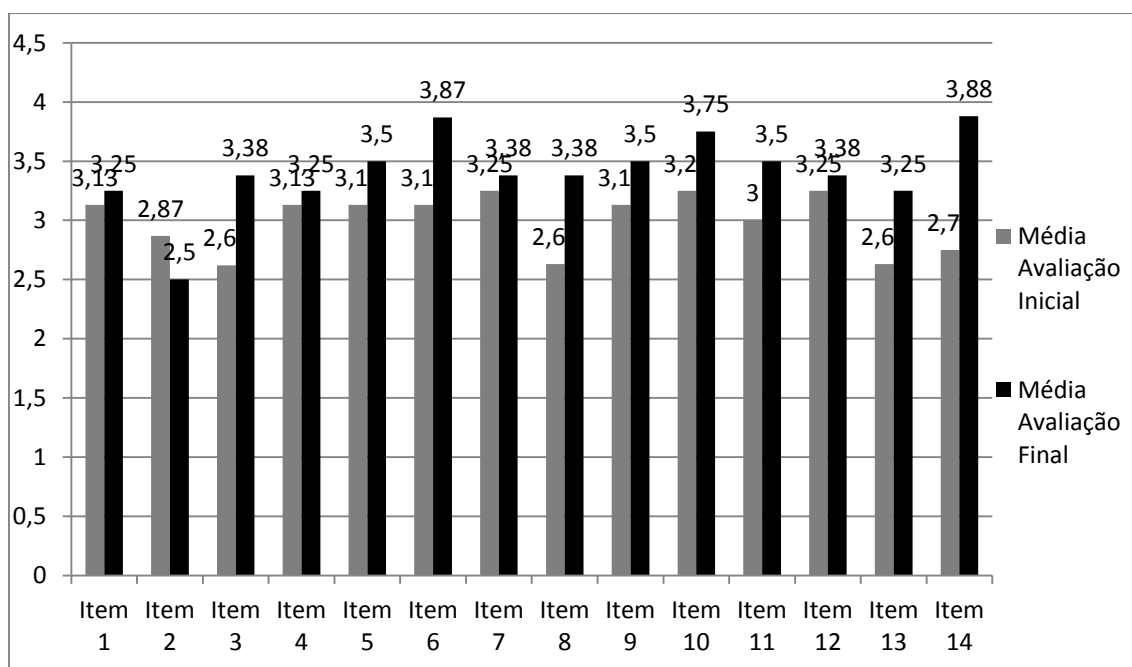


Gráfico 1 – Avaliação Pré-Pos (Inventário de Resolução de Problemas Sociais)

Através da análise do Gráfico 1 é possível verificar que houve um aumento da média em quase todos os itens (o que significa uma aproximação aos valores de “áreas fortes” por parte da maioria dos utentes na maioria dos itens), apenas no item 2 (“Fico calmo(a) quando tenho dificuldades porque tenho a certeza que vou ser capaz de arranjar uma solução”) se verificou um decréscimo de $M = 2,87$ para $M = 2,5$.

- World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010) (WHODAS 2.0)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 9 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das

suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 9 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

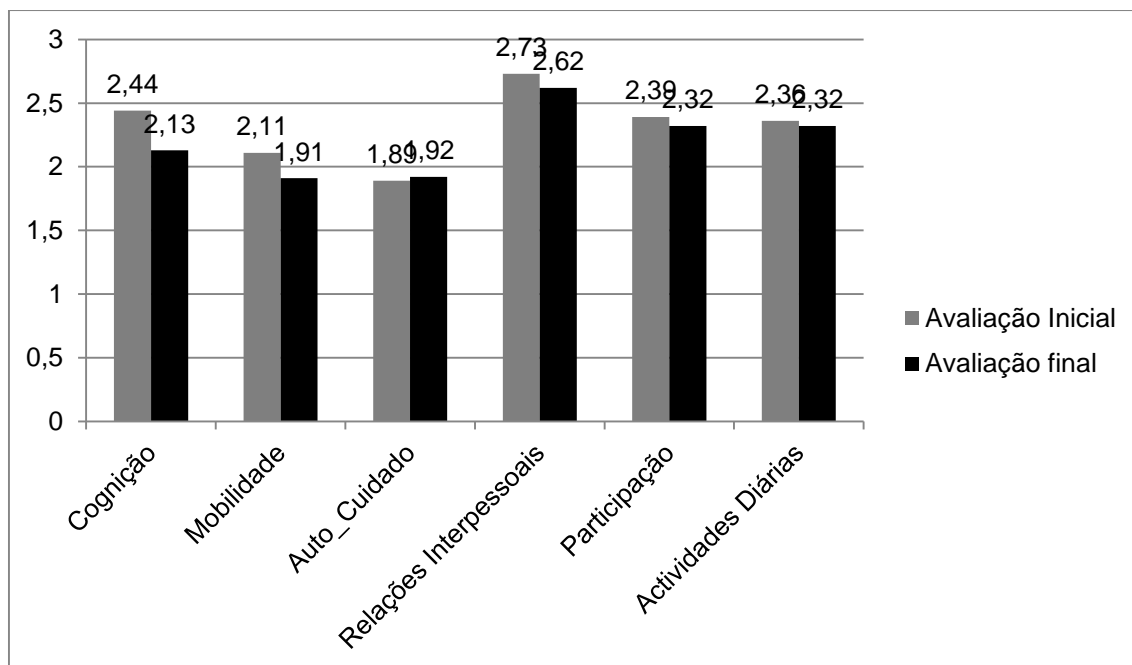


Gráfico 2 – Avaliação Pré-Pos (WHODAS 2.0)

A análise do Gráfico 2 permite-nos verificar que houve uma diminuição da média em quase todos os itens (o que significa uma aproximação aos valores de “áreas fortes” por parte da maioria dos utentes na maioria dos itens), apenas no valor de “Auto-Cuidado” se verificou um ligeiro aumento de $M = 1,89$ para $M = 1,92$.

- Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*, 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 10 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 10 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

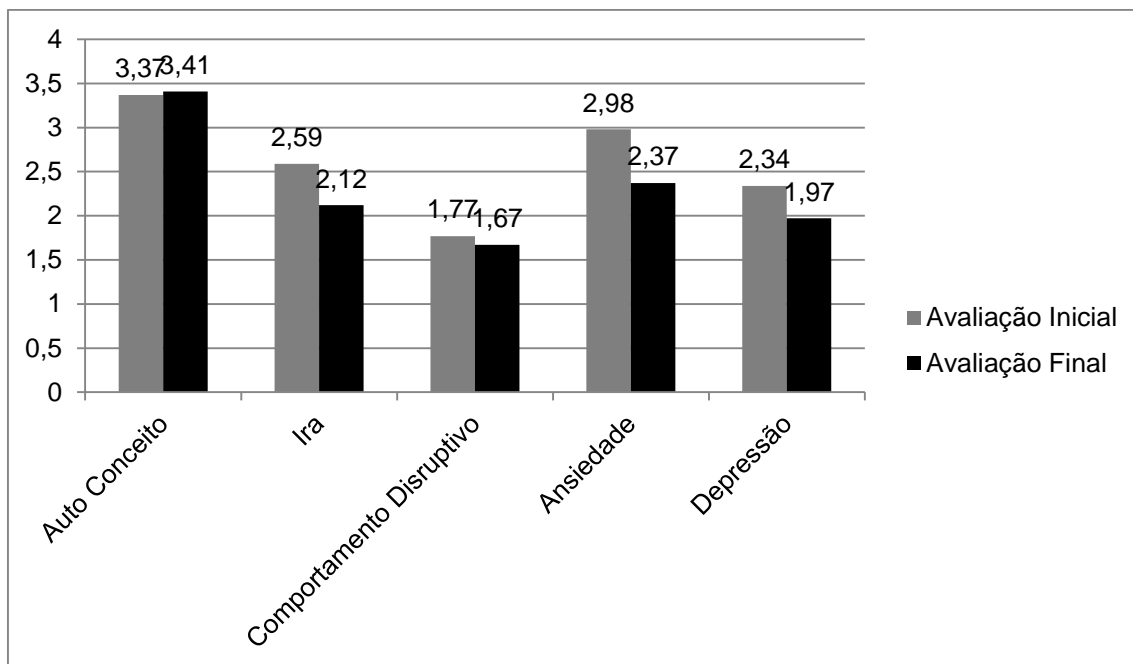


Gráfico 3 – Avaliação Pré-Pos (Beck Youth Inventories – Second Edition)

A análise do Gráfico 3 permite-nos verificar que houve um incremento na média do item positivo de “Auto-Conceito” de $M = 3,37$ para $M = 3,41$ e uma diminuição em todos os outros itens considerados negativos, destacando-se nesta medida o item “Ansiedade” de $M = 2,98$ para $M = 2,37$ e do item “Ira” de $M = 2,59$ para $M = 2,12$ sendo que foram duas das medidas trabalhadas especificamente nas sessões.

- Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 10 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 10 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

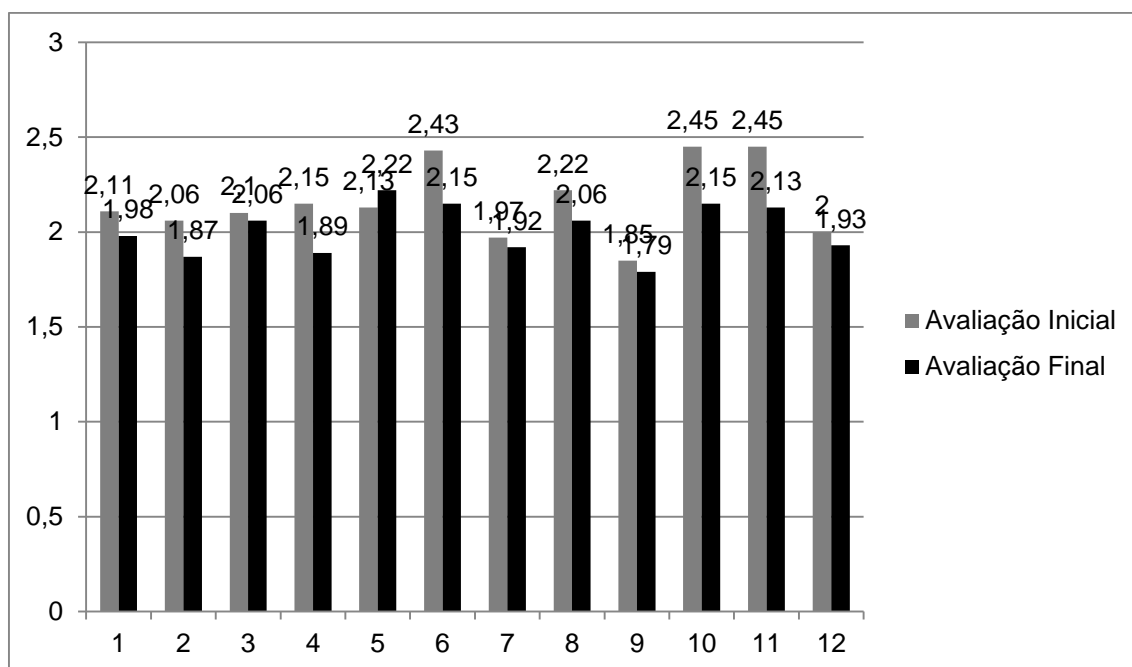


Gráfico 4 – Avaliação Pré-Pos (Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva)

A análise do Gráfico 4 permite-nos verificar que houve uma diminuição da média em quase todos os itens revelando que houve uma evolução generalizada nos aspetos avaliados por esta escala, são de especial relevância os itens 6, 10 e 11 pois eram aspetos em que os participantes tinham revelado especial dificuldade aquando da avaliação inicial (“Medo da avaliação negativa por parte dos demais ao manifestar comportamentos negativos”, “Medo de expressar sentimentos positivos” e “Medo da defesa dos direitos” respectivamente). Enquanto isso, pode-se dizer que o item 5 (“Preocupação pela expressão de sentimentos positivos e a iniciação de interações com o sexo oposto”) teve uma evolução negativa.

- Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 10 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 10 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

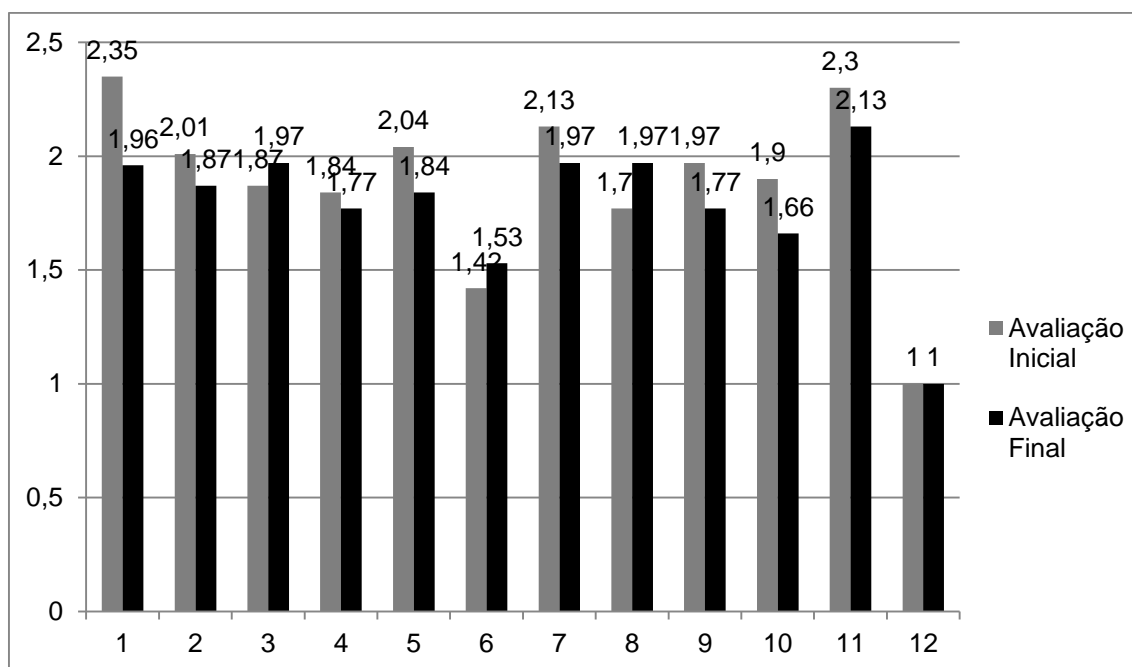


Gráfico 5 – Avaliação Pré-Pos (Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora)

Analisando o Gráfico 5 é possível constatar que a maior parte dos aspetos avaliados por esta escala foram melhorados, ou seja, o nível de dificuldade nesses aspetos diminuiu, sendo de destacar a esse nível o item 1, 7 e 11 (“Iniciação de interações”, “Recusa de pedidos provenientes do sexo oposto” e “Preocupação com os sentimentos dos demais” respetivamente), por serem os que aquando da avaliação inicial tinham sido referidos como sendo aqueles em que eram sentidas mais dificuldades. É de referir também o ligeiro aumento nos itens 3 e 6 (“Defesa dos direitos do consumidor” e “Expressão de incómodo e aborrecimento para com familiares”) e pela manutenção do valor do item 12 (“Expressão de carinho para com os pais”)

- Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005);

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação das médias de resposta entre os diferentes grupos de itens do teste. Esta comparação apenas foi realizada com 8 dos utentes do grupo, uma vez que apenas este número se encontrava dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de um gráfico de barras (apresentando os valores médios obtidos pelo grupo de 8 utentes tanto na avaliação inicial como na final).

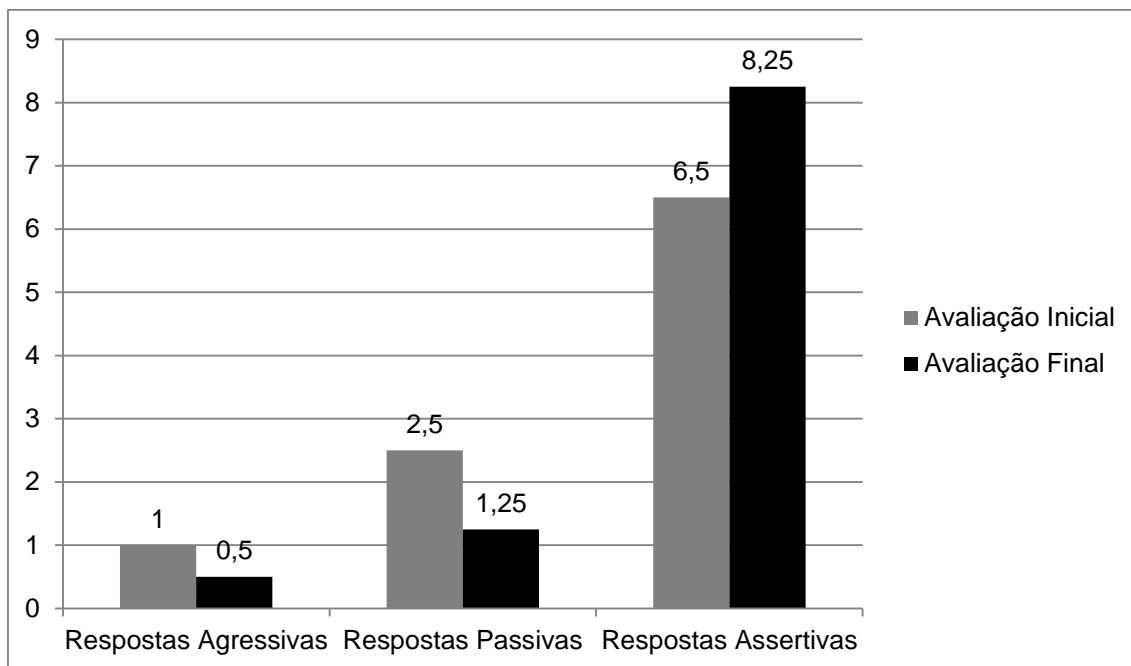


Gráfico 6 – Avaliação Pré-Pos (Teste de Assertividade)

A análise do gráfico 6 permite-nos verificar que, do momento da avaliação inicial para o momento da avaliação final houve um aumento da média das respostas assertivas (de $M = 6,5$ para $M = 8,25$) do grupo e uma diminuição das respostas agressivas (de $M = 1$ para $M = 0,5$) e passivas (de $M = 2,5$ para $M = 1,25$).

- Ficha de Observação – Avaliação Informal (Dinis & Mateus, 2005 adaptado por Félix, Oliveira & Silva, 2008)

A partir dos resultados obtidos nas duas avaliações (inicial e final), foi feita a comparação entre os níveis obtidos nesta avaliação para cada um dos utentes. Esta comparação foi realizada com todos os utentes avaliados pois todos se encontravam dentro do critério definido como mínimo para validação das suas respostas, ou seja, ter estado presente na avaliação inicial e final e ter frequentado pelo menos dois terços das sessões de intervenção (entre 28 de Janeiro e 27 de Abril de 2012 no caso dos utentes do FAS e 26 de Janeiro e 27 de Abril de 2012 no caso dos utentes do FSO - Lisboa). Os resultados serão apresentados de seguida, com auxílio de uma tabela:

Parâmetro	Avaliação Inicial				Avaliação Final			
	C	V	AI	Ad	C	V	AI	Ad
Entrada na Água	3/7	5/7	2/7	1/7	5/7	7/7	2/7	5/7
Imersão	7/10	9/10	7/10	8/10	10/10	10/10	7/10	10/10

Respiração	5/6	6/6	4/6	5/6	6/6	6/6	6/6	6/6
Equilibração/ Flutuação	5/13	6/13	6/13	6/13	13/13	12/13	13/13	13/13
Rotações	1/6	1/6	1/6	1/6	2/6	5/6	3/6	6/6
Deslocamentos	12/14	12/14	11/14	12/14	14/14	14/14	14/14	14/14
Saída da Água	3/4	4/4	2/4	3/4	4/4	4/4	2/4	4/4
Familiarização/ Motivação	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7	7/7

Tabela 5 – Avaliação Pré-Pos Ficha de Observação Informal Meio Aquático – FAS

Através da observação desta tabela é possível constatar que houve uma melhoria em quase todos os aspetos para todos os utentes.

Sendo essa melhora mais significativa no caso dos utentes que revelavam mais dificuldades inicialmente, o que demonstra que tinham os requisitos necessários à aprendizagem no entanto não estavam potencializados. De realçar a evolução de todos no item das “Rotações” uma vez que, inicialmente estavam todos no nível mínimo nesse item, sendo que um dos utentes, no final, atingiu o nível máximo nesse aspeto, tendo os colegas evoluído todos.

No caso do FSO – Lisboa, optou-se por se comparar as médias uma vez que o grupo de 8 utentes o permitia, os dados serão então apresentados em gráfico com as médias dos resultados para cada componente, transformando cada nível de competência inicial e final numa percentagem do máximo para cada item, assim, para cada item, se conseguisse efetuar o nível máximo, o utente obterá um score de 100% (ou neste caso 1,00), assim, ficou-se com o seguinte gráfico onde constam as médias de todo o grupo avaliado:

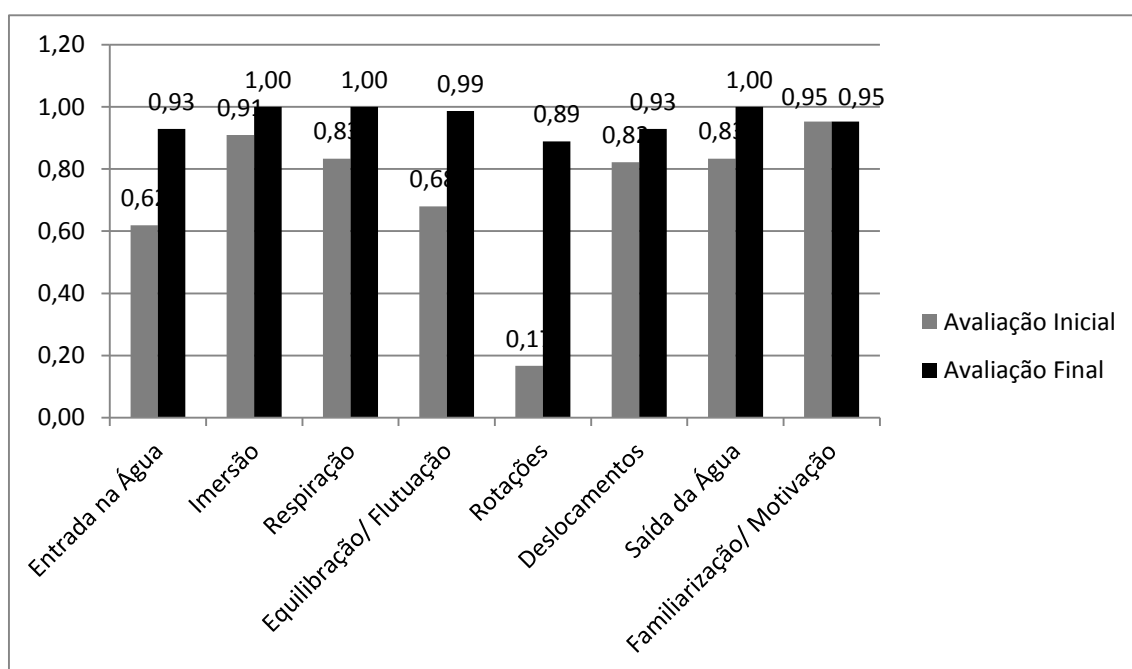


Gráfico 7 – Avaliação Pré-Pos adaptação meio aquático FSO – Lisboa

Como é possível observar através da análise do gráfico 7, quase todas as componentes sofreram uma melhoria ao longo da intervenção, destacando as rotações como aquela que mais evoluiu e a familiarização como a única componente que se manteve inalterada.

São de realçar contudo as aquisições ao nível das rotações, passando de uma média de 11% para uma média de 89%. No itens “Imersão”, “Respiração” e “Saída da Água” o grupo conseguiu inclusivamente atingir o valor máximo de 100% nessas competências. Quanto ao item “Familiarização/Motivação” manteve-se inalterado (embora elevado e perto do 100%), não atingindo o valor máximo, talvez derivado ao facto de um dos utentes ter muitas dificuldades em centrar-se nas atividades o que não permitiu uma média mais elevada ao grupo.

3.13. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – ANÁLISE CRÍTICA

Após o desenrolar da intervenção no Fórum Sócio-Ocupacional de Lisboa, são vários os aspetos que se podem realçar e destacar e que tiveram influência no desenrolar da mesma.

Como aspetos condicionantes da intervenção pode-se destacar a grande variação do N de utentes por sessão bem como as entradas e saídas no programa de reabilitação do fórum e que, por consequência, fez com que houvesse uma necessidade de alargar e adaptar o programa não apenas aos utentes que pertenciam ao N inicial.

Como é possível observar através da avaliação inicial, os dados recolhidos não foram reveladores de grandes dificuldades na sua generalidade levando a que tivesse havido uma procura de melhorar as áreas intermédias e fortes dos utentes, de modo a potenciar a sua capacidade e desenvolver apetências alternativas.

A nível de depressão as melhorias revelam-se importantes tendo em conta que, segundo o “Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia” (CCE, 2005), as taxas de suicídio atingem um nível preocupante, especialmente nos países economicamente mais desenvolvidos e tendo em conta a conjuntura atual, mais propensa a esses eventos, e que dificulta em muito a vida das pessoas mais fragilizadas nesse aspeto, fator esse que também pode ser tido em conta como uma condicionante à intervenção, limitando a abrangência dos resultados.

Quanto aos resultados obtidos ao nível de “Relacionamento Interpessoal” e “Interacções com o Sexo Oposto” não será de excluir a assunção de Redmond *et al* (2010), de que, neste tipo de população (sobretudo nos jovens, mas não serão de excluir alguns elementos com mais idade), a aparente “normalidade” trazida pelo relacionamento com um elemento do sexo oposto causa uma espécie de conflito interno uma vez que o conhecimento da possibilidade da existência de episódios psicóticos não se torna compatível com um relacionamento preferencialmente estável. O facto do grupo ser constituído maioritariamente por elementos do género masculino também pode ser considerado como um “fator contra” no que diz respeito a este aspeto, um grupo mais heterogéneo também a esse nível, seria mais adequado para avaliar este aspeto.

(Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort, 2010) Apesar da notória melhoria numa grande parte dos aspetos avaliados pela maioria da amostra, esses dados podem estar condicionados uma vez que eram os próprios utentes que respondiam às questões e, apesar de alertados de que os inquéritos eram anónimos e que deviam responder de acordo com a realidade e não com que achavam socialmente aceite pode ter havido essa tendência por parte do grupo para responder de acordo com o moralmente correto e não com o que realmente sentiam. Esses resultados positivos também se poderiam dever ao facto das sessões serem preenchidas com vários momentos de reflexão e discussão, em que era discutido a melhor forma de agir perante as diversas situações.

No caso específico da escala de assertividade é possível que tenha existido algum “treino” por parte do grupo avaliado, uma vez que alguns deles revelaram recordar-se do questionário e das situações lá presentes, uma mudança nas situações poderia ter ajudado a aferir se de facto haveria ganhos e melhorias a esse nível.

No final do programa foi revelada satisfação quanto aos conteúdos abordados e à forma como estes foram introduzidos sendo que não foram apontados aspetos negativos por parte do grupo, podendo isto dever-se a alguma pressão pela forma como foi abordada a questão, podendo de futuro ser abordada esta questão de forma anónima pelo preenchimento de questionários sem identificação, no entanto, de forma a tornar este aspeto menos formal optou-se pelo diálogo informal nesta questão.

Quanto à intervenção em meio aquático, os resultados foram reveladores de que um reforço constante nesta área pode ser bastante benéfico como pode ser facilmente comprovado pelo nível de melhoria revelado pelos utentes ao longo da intervenção. O nível de motivação dos mesmos para esta atividade também é algo que deve ser tido em conta uma vez que todos eles revelam especial gosto por esta atividade.

A dimensão desta evolução pode ser explicada pela elevada motivação mas também pelo facto de poder ser algo pouco trabalhado com os utentes, levando a que não atinjam o todo o seu potencial antes de entrar neste tipo de programas.

3.14. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

No decorrer do estágio, para além das atividades desenvolvidas no contexto da psicomotricidade (quer em contexto de ginásio quer em contexto de meio aquático), foram desenvolvidas pelo estagiário algumas atividades complementares quer a nível do programa do próprio FSO-Lisboa quer outras atividades extra programa.

Das atividades pertencentes ao programa do FSO-Lisboa de destacar o auxílio na atividade de “Promoção de competências sociais” e na atividade “Relaxação”, bem como o acompanhamento em conjunto com a terapeuta ocupacional das sessões de “Movimento Criativo”.

Quanto a atividades extra programa, destaca-se a participação na coreografia de natal executada no encontro de natal das várias valências da ARIA que envolveu participação ativa nos ensaios e preparação do espetáculo. Outra das atividades foi a participação e preparação de uma equipa para um torneio de futebol envolvendo as diversas valências da ARIA que incluiu alguns treinos e a participação como jogador no torneio.

Outra atividade complementar dinamizada pelo estagiário tratou-se da aplicação do programa “Viver em Equilíbrio” que passava por um programa de promoção de hábitos saudáveis e de desporto nos utentes, justificado pelos benefícios que o exercício físico pode ter na doença mental. Este programa implicou a preparação das sessões propostas pelo manual fornecido pela farmacêutica “Lilly” bem como a dinamização dessas sessões. O acompanhamento de atividades no exterior como idas ao cinema foi outra das atividades complementares desenvolvidas pelo estagiário.

3.15. DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Ao longo do estágio foi possível verificar algumas dificuldades e limitações. No contexto institucional, a flutuação da amostra, por vias de admissões e desistências do programa foi um fator que condicionou a intervenção. Também o facto de o grupo ser um pouco maior do que o desejável, apesar de nem todos preencherem os requisitos para entrar

na avaliação foi um fator que limitou a ação do estagiário, uma vez que motivava atrasos e demoras.

Outra limitação detetada, era a falta de motivação de alguns utentes, contrastando com a excessiva expressividade de outros o que motivou por vezes desentendimentos. A falta de motivação era mais notória quando se desempenhavam algumas tarefas mais formais como o preenchimento de avaliações.

A falta de material de intervenção na parte de ginásio (o espaço era um ginásio onde havia sim material de luta e não propriamente para o desenrolar de uma sessão de psicomotricidade) foi também um fator que condicionou o planeamento de atividades mais específicas.

4. CONCLUSÃO, SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO

Tal como referido por Probst *et al* (2010), numa intervenção psicomotora orientada para a ação, o ênfase da intervenção deve recair sobre o desenvolvimento das competências mentais e físicas e no suporte do desenvolvimento pessoal. Foi esse o enfoque que esta intervenção pretendeu avaliar (através dos instrumentos utilizados) e através das atividades complementares propostas e aceites (nomeadamente com a participação no programa “Viver em Equilíbrio”).

Como aquisições, pode-se dizer que a realização deste estágio permitiu-me ter contacto com uma população nova, uma vez que durante a licenciatura tinha estagiado no âmbito da promoção de competências sociais com jovens em âmbito prisional. Embora também tenha tido oportunidade de desenvolver atividades de competências sociais, as características próprias deste tipo de população, permitiu-me o enriquecimento quer a nível profissional como pessoal.

Também o contacto e articulação com outros profissionais foram uma mais valia quer no que a aquisição de estratégias de relacionamento com os utentes diz respeito mas também, inclusivamente, em estratégias de relacionamento com os outros profissionais presentes nas instituições.

Como aspetos negativos tenho a destacar o facto de me ter sido impossível assistir às reuniões da equipa técnica, uma vez que decorriam durante as sessões de psicomotricidade, limitando-me assim o acesso a uma componente que considero importante para um profissional neste âmbito.

O facto de não existir nenhum técnico de referência na área da psicomotricidade na valência em que o estágio se focou com a intervenção no ginásio também é um aspeto negativo a apontar uma vez que a ausência de um modelo ou mesmo de alguém com quem debater estratégias e ideias ao nível da psicomotricidade dificultou um pouco a tarefa, tendo de me aconselhar com a terapeuta ocupacional, que dentro das especialidades presentes naquela valência era a que mais aspetos em comum com a intervenção psicomotora tinha, também se revelou o elemento da equipa com maior disponibilidade para efetuar esse tipo de acompanhamento.

Como perspetiva para o futuro considero que seria importante um trabalho de continuidade com esta população, visto que os resultados foram positivos, quer ao nível

da intervenção psicomotora e ginásio quer em meio aquático, sendo que, a motivação revelada por alguns dos utentes foi algo que se revelou mais no fim da intervenção do que durante, o que leva a crer que seria do seu interesse uma continuidade. A título pessoal, o meu desejo é de continuar a tentar dar a conhecer a profissão de Psicomotricista, uma vez que penso que, se as pessoas tiverem conhecimento dos benefícios que a presença de um profissional com as nossas competências pode trazer estarão mais sensíveis para integrar profissionais desta área em equipas técnicas para tratamento e acompanhamento de indivíduos com esta problemática e outras, pessoalmente, gostaria de ter oportunidade de contribuir para um melhor reconhecimento desta área e da sua importância no tratamento e no desenvolvimento humano (a título preventivo ou não).

5. BIBLIOGRAFIA

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 207-211.
- ARIA. (s.d.). Obtido em 17 de Julho de 2012, de <http://www.aria.com.pt/>
- Association, A. P. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª Ed.* Lisboa: Climepsi Editores.
- Barch, D. M. (2003). Cognition in Schizophrenia: Does Working Memory Work? *Current Directions in Psychological Science*, 146-150.
- Bont, R. D. (2010). Schizophrenia, evolution and the borders of biology: on Huxley et al.'s 1964 paper in Nature. *History of Psychiatry*, 144-159.
- Burton, S. (2006). Symptom domains of schizophrenia: the role of atypical antipsychotic agents. *Journal of Psychopharmacology*, 6-19.
- Calton, T., Cheetham, A., D'Silva, K., & Glazebrook, C. (2009). International Schizophrenia Research and the Concept of Patient-Centredness: an Analysis Over Two Decades. *International Journal of Social Psychiatry*, 157-169.
- Chowdari, K. V., & Nimgaonkar, V. L. (1999). Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 53-62.
- Cordeiro, J. C. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica 4ª Edição.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Esteves, M. T. (2011). Saúde Mental Comunitária: Rede de Suporte Social de Pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas). *Dissertação de Mestrado.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Europeias, C. D. (2005). *Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.* Bruxelas.
- Fallon, P., & Dursun, S. M. (2010). A naturalistic controlled study of relapsing schizophrenic patients with tardive dyskinesia and supersensitivity psychosis. *Journal of Psychopharmacology*, 755-762.
- Harvey, C. A., Jeffreys, S. E., McNaught, A. S., Blizard, R. A., & King, M. B. (2007). The Camden Schizophrenia Surveys III: Five-Year Outcome of a Sample of Individuals From a Prevalence Survey and the Importance of Social Relationships. *International Journal of Social Psychiatry*, 340-356.
- Jara, J. M. (Março de 2007). Contribuição para um Livro Branco da Psiquiatria e da Saúde Mental em Portugal. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, pp. 1-22.

- Junior, A. R., & Souza, M. C. (2007). Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 164-168.
- Korff, M. V., & et al. (2008). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1132-1143.
- Lenzenweger, M. F. (2006). Schizotypy : An Organizing Framework for Schizophrenia Research. *Current Directions in Psychological Science*, 162-166.
- Levin, T. (2006). SCHIZOPHRENIA SHOULD BE RENAMED TO HELP EDUCATE PATIENTS AND THE PUBLIC. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY*, 324-331.
- Lievre, J. A., Schweitzer, R. D., & Barnard, A. (2011). Schizophrenia and the Progression of Emotional Expression in Relation to Others. *Qualitative Health Research*, 1335-1346.
- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 15-17.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Oertel-Knöchel, V., & Linden, D. E. (2011). Cerebral Asymmetry in Schizophrenia. *The Neuroscientist*, 456-467.
- Oliveira, R. M., Facina, P. C., & Júnior, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 309-316.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 105-113.
- Psicomotricidade, A. P. (s.d.). *Psicomotricidade*. Obtido em 23 de Julho de 2012, de <http://www.appsicomotricidade.org/>
- Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 151-170.
- Ribeiro, S. M. (2010). Adaptação e Validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa. *Dissertação de Mestrado*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Rosa, M. A., & Elkis, H. (2007). Adesão em Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 189-192.
- Suri, R. (2011). Making Sense of Voices: An Exploration of Meaningfulness in Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *Journal of Humanistic Psychology*, 152-171.
- Teixeira, P. (2007). Síndrome de Asperger. *Psicologia.com.pt*, 1-11.

- Therapy, A. o. (2000). *Natação Para Deficientes*. São Paulo: Manole Ltda.
- Torrezan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T., & Torres, A. R. (2008). Qualidade de Vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma Revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 13-19.
- Velasco, C. G. (1994). *Natação Segundo a Psicomotricidade*. Rio de Janeiro: Editora Sprint Ltda.
- Vila, C., Diogo, S., & Sequeira, S. (2009). Autismo e síndrome de asperger. *Psicologia.com*, 1-20.
- Walker, E., & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 30-37.

ANEXO 1 - Inventário de Resolução de Problemas (Dugas, Ladouseur e Freesrton, 1996 traduzido e adaptado por Matos, Simões, Carvalhosa e Reis, 1999)

ANEXO 2 - World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0
(Organização Mundial de Saúde, 2008 traduzida e adaptada por Ribeiro, 2010)
(WHODAS 2.0)

ANEXO 3 - Beck Youth Inventories – Second Edition (Beck *et al*, 2005 traduzido e adaptado por Canha, 2011)

ANEXO 4 - Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Cognitiva (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – C)

ANEXO 5 - Escala Multidimensional da Expressão Social – Parte Motora (Caballo, 1987, adaptado por Dinis e Mateus, 2007) (EMES – M)

ANEXO 6 - Teste de Assertividade (Cadogan, 1990 traduzido e adaptado por Antunes e Felisberto, 2005)

ANEXO 7 – PLANEAMENTOS SESSÕES PSICOMOTRICIDADE GINÁSIO